→ Een alcohol- en drugbeleid in de gehandicaptenzorg

VAD

VERENIGING VOOR
ALCOHOL- EN ANDERE
DRUGPROBLEMEN VZW

Colofon

Auteur
Nina De Paepe, stafmedewerker VAD

Redactie
Inge Baeten, stafmedewerker VAD
Joke Claessens, stafmedewerker VAD

Met dank aan
Evi Bogaerts, CAD Limburg
Noël De Rycke, Ortho-agogisch Centrum Broeder Ebergiste
Michael Lippens, Orthopedagogisch Centrum Clara Fey
Wim Veireman, CGG VAGGA
Jeroen Weyler, Orthopedagogisch Centrum Clara Fey

Druk
www.drukkerij-epo.be

Verantwoordelijke uitgever
Frieda Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
Wettelijk depotnummer D/2014/6030/16

VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

INHOUD

LEGENDE

hoe ga je te werk

tips

achtergrond

voorbeeld

citaten

1. INLEIDING

Alcohol en andere drugs vormen een belangrijke maatschappelijke problematiek. De afgelopen jaren bleek dat mensen met een verstandelijke beperking vaak extra kwetsbaar zijn op vlak van middelengebruik. Onder invloed van maatschappelijke tendensen zoals vermaatschappelijking van de zorg, desinstitutionalisatie en inclusie, komen zij meer en meer in contact met alcohol en andere drugs. In vergelijking met de doorsnee populatie, leidt middelengebruik bij hen sneller en vaker tot problemen. Tegelijkertijd zijn de gangbare preventie- en behandelmethodieken niet zonder meer toepasbaar. Dit zorgt ervoor dat het werken met deze doelgroep niet eenvoudig is. Het leidde de afgelopen jaren tot een toenemende aandacht voor deze thematiek en de omgang ermee.

Deze publicatie richt zich tot voorzieningen in de gehandicaptensector die geconfronteerd worden met cliënten (met een verstandelijke beperking) die middelen gebruiken. Niet enkel diensten residentieel wonen, maar ook diensten beschermd, ambulant, begeleid en geïntegreerd wonen, en diensten inclusief ondersteunen (DIO), kunnen baat hebben bij deze leidraad. De focus ligt op mensen met een verstandelijke beperking die kleinschalig in de maatschappij wonen.

Met deze leidraad bieden we concrete handvatten om effectief en beleidsmatig te werken rond alcohol en andere drugs. Met een beleid werk je proactief en anticipeer je op mogelijke probleemsituaties, met als gevolg dat de kwaliteit van ondersteuning gestimuleerd wordt.

Deze publicatie is er ook voor professionals uit de alcohol- en drugsector, meer bepaald de alcohol- en drugpreventiewerkers, die de voorzieningen van de sector VAPH ondersteunen bij het ontwikkelingsproces van een alcohol- en drugbeleid.

Met hetzelfde concept wordt ook naar andere sectoren gewerkt (bijzondere jeugdzorg, onderwijs, OCMW ...). De opzet van deze leidraad is parallel hieraan. Er wordt gewerkt volgens vier pijlers: regelgeving, begeleiding, informatie en vorming en structurele maatregelen.

Alcohol- en druggebruik en verstandelijke beperking worden in deze publicatie eerst apart toegelicht, waarna de integratie gemaakt wordt van beide thema's. Bepaalde inhouden zullen dan ook voor sommige professionals vanzelfsprekend zijn en geen inleiding meer behoeven.

2. ALCOHOL- EN ANDER DRUGGEBRUIK BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Alcohol- en druggebruik is een realiteit in onze samenleving. Dat geldt ook voor medicatie, gokken en internetgebruik. Onder invloed van maatschappelijke tendensen zoals de vermaatschappelijking van de zorg, inclusie en desinstitutionalisatie, leven personen met een verstandelijke beperking steeds vaker, met de nodige ondersteuning, op zelfstandige wijze in de samenleving. Deze tendensen hebben tot gevolg dat mensen met een beperking in grotere mate in contact komen met middelen zoals alcohol en illegale drugs en aan de risico's die ermee gepaard gaan.

2.1. ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIK

2.1.1. SOORTEN MIDDELEN

Middelen kunnen ingedeeld worden naargelang het effect dat ze hebben: ze kunnen oppeppend, verdovend en bewustzijnsveranderend werken.

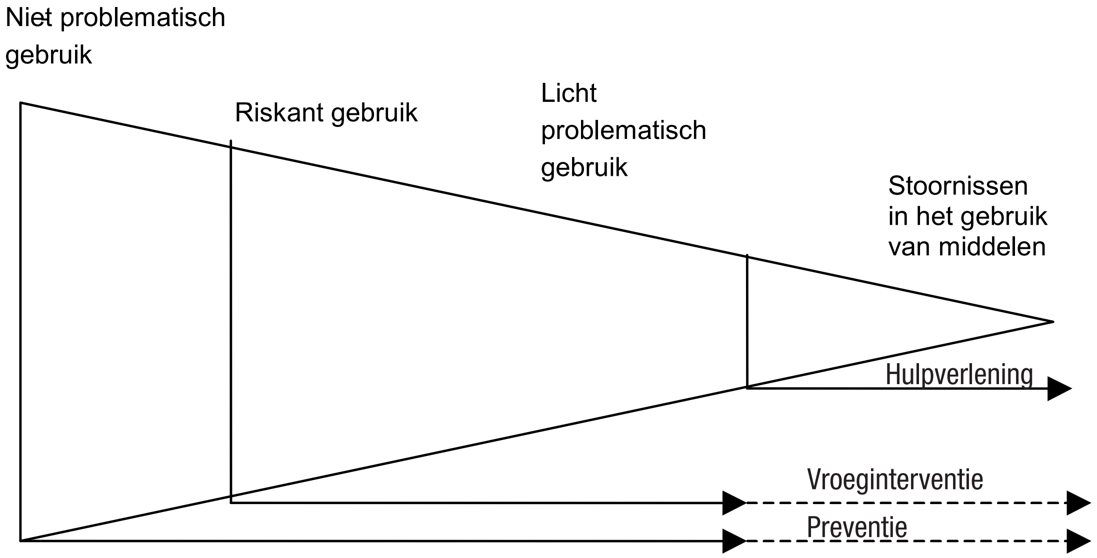
- Stimulerende drugs: amfetamines (speed), cocaïne ...
- Verdovende drugs: alcohol, slaap- en kalmeringsmiddelen, heroïne ...
- Hallucinogene (bewustzijnsveranderende) drugs: cannabis, lsd en andere tripmiddelen ...

Sommige middelen combineren twee van die effecten, dat is bijvoorbeeld zo bij xtc (bewustzijnsveranderend en oppeppend) en vluchtige snuifmiddelen (bewustzijnsveranderend en verdovend).

Meer lezen? Surf naar www.druglijn.be en klik door naar Drugs ABC voor informatie over de effecten en de risico's van de verschillende middelen.

2.1.2. PROBLEMATISCH GEBRUIK

Niet elk gebruik is meteen probleemgebruik. Niet iedereen die wel eens een glas alcohol drinkt, wordt daar automatisch afhankelijk van. En niet iedereen die af en toe een joint rookt, krijgt problemen met of door zijn cannabisgebruik. Het gaat om een continuüm van niet-problematisch gebruik, over riskant gebruik, tot problematisch gebruik. Deze problemen verschillen in ernst tussen gebruikers en kunnen over de tijd heen verergeren. Of iemand al dan niet problematisch gaat gebruiken, hangt van verschillende factoren af (zie punt 2.1.3).



Bewerking schema Institute of medicine, 1990

Wanneer men overmatig middelen gebruikt, kan er sprake zijn van een stoornis in het gebruik van middelen. In het classificatiesysteem van psychiatrische diagnoses, de DSM-5, wordt deze stoornis beschreven aan de hand van elf criteria. Men kan een milde stoornis (voldoen aan twee of drie criteria), een matige stoornis (vier of vijf criteria) of een ernstige stoornis (zes of meer criteria) hebben.

Stoornissen in het gebruik van middelen (DSM-5) – 11 criteria

- Vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was (controleverlies)
- Mislukte pogingen om te minderen of te stoppen
- Gebruik en herstel van gebruik kosten veel tijd (preoccupatie)
- Sterk verlangen om te gebruiken (craving)
- Door gebruik tekortschieten op het werk, op school of thuis
- Blijven gebruiken ondanks dat het problemen meebrengt in op relationeel vlak
- Door gebruik opgeven van hobby's, sociale activiteiten of werk
- Voortdurend gebruik, zelfs wanneer je daardoor in gevaar komt
- Voortdurend gebruik ondanks weten dat het gebruik lichamelijke of psychische problemen met zich mee brengt of verergert
- Tolerantie (lichaam 'went' aan een middel, dat je meer van dat middel nodig hebt om het gewenste effect te verkrijgen)
- Het optreden van onthoudingsverschijnselen, die minder hevig zijn of worden door meer van de stof te gebruiken

Ook occasioneel gebruik kan voor problemen zorgen als dit gebeurt op de verkeerde plaats of tijdstip (bijvoorbeeld in het verkeer, in de werkcontext …) of kan ervoor zorgen dat men anders reageert (bijvoorbeeld sneller de controle verliezen en ruzie krijgen). In de meeste gevallen speelt hier de gebruikte hoeveelheid een belangrijke rol, al kan een kleine dosis in sommige gevallen al problemen geven.

2.1.3. BEÏNVLOEDENDE FACTOREN

Er zijn verschillende modellen die ontstaansfactoren van (problematisch) middelengebruik beschrijven. Deze belichten telkens een specifieke groep van beïnvloedende factoren.

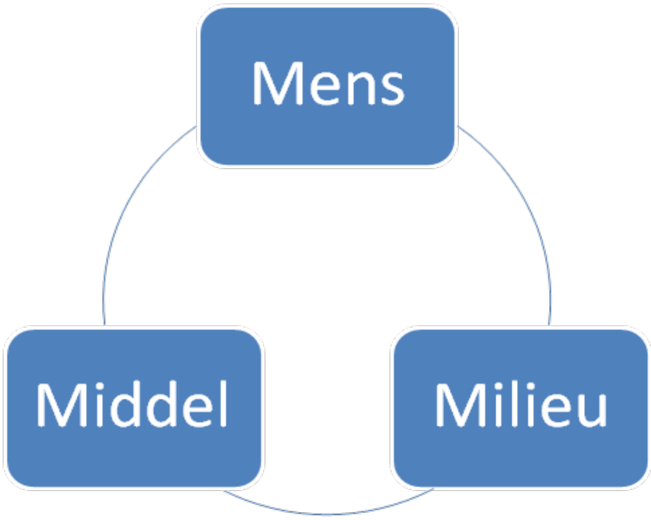
Zo zijn er de medisch-psychiatrische modellen, historisch gezien de eerste verklaringsmodellen. Afhankelijkheid of problematisch gebruik wordt hierbij bestempeld als een 'ziekte' die kan behandeld worden. De gedragsmatige verklaringsmodellen stellen dan weer de (complexe) interactie tussen het individu en zijn omgeving centraal. Meer recent werd de nadruk gelegd op biologische en genetische factoren die aan de basis liggen van problematisch gebruik. Zij worden gegroepeerd in de biologisch-genetische verklaringsmodellen. Deze modellen geven elk op zich een juiste analyse van bepaalde oorzaken van gebruik of misbruik. Maar ze bieden slechts gedeeltelijk een verklaring voor een veel complexer fenomeen.

HET BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL: VERSCHILLENDE FACTOREN IN ÉÉN MODEL

De alcohol- en drugsector maakt al jarenlang gebruik van een multifactorieel verklaringsmodel, het biopsychosociaal model, ook gekend als MMM-model. Het gebruik van alcohol en andere drugs en de mate waarin het problematisch wordt, wordt bepaald door een combinatie van factoren die in drie groepen worden ondergebracht:

- de kenmerken van de gebruiker (Mens);
- de drug zelf (Middel);
- de context van het gebruik (Milieu): de sociale omgeving en de situatie waarin gebruikt wordt.

Deze drie groepen van factoren bepalen in interactie met elkaar of mensen al dan niet middelen (problematisch) gaan gebruiken. Het MMM-model brengt dus alle ontstaans- en bestendigende factoren samen en stelt dat deze factoren in wisselwerking met elkaar, direct of indirect, kunnen leiden tot (problematisch) middelengebruik. In dit model wordt ook rekening gehouden met beschermende factoren. Een kwetsbaarheid (aanwezigheid van risicofactoren - mens) die interageert met omgevingsinvloeden (sociale milieu) en beschikbaarheid (middel) hoeft niet per se tot een probleem te leiden.



Welke factoren spelen een rol?

MENS
- Psychische factoren, zoals attitudes en persoonlijkheid (bijvoorbeeld impulsiviteit). Leeftijd speelt ook een rol bij het ontwikkelen van attitudes, jongeren beschikken vaak nog niet over de correcte attitudes en vaardigheden.
- Biogenetische factoren, bijvoorbeeld genetisch bepaalde kwetsbaarheid voor psychose, voor hartproblemen …

MIDDEL
- De drug zelf. De ene drug houdt meer risico's in dan de andere, bijvoorbeeld meer kans op lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid, beschikbaarheid van middel, illegale status, onzuivere samenstelling ...

MILIEU
- Interpersoonlijke factoren, bijvoorbeeld al dan niet ondersteunende relaties binnen de familie, gebruik van ouders of subcultuur waarin middel deel uitmaakt van de leefstijl …
- Culturele en maatschappelijke factoren, zoals wetten en regels, socio-economische context, media …

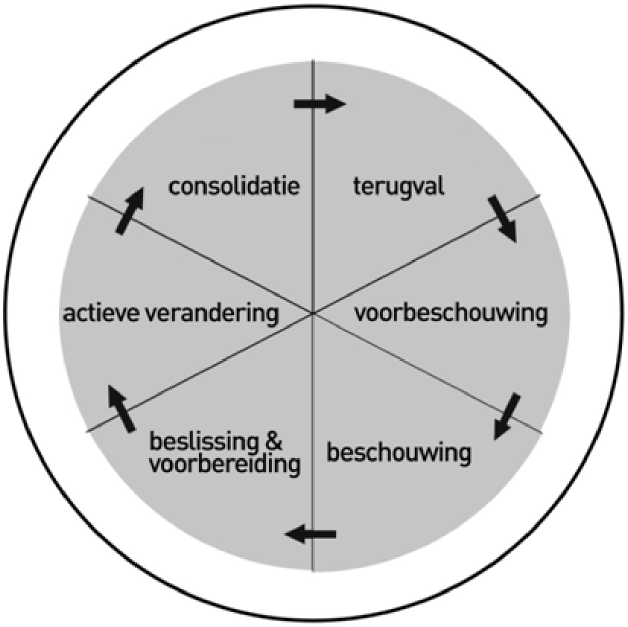
Bij het MMM-model ligt de klemtoon op de complexe interactie tussen alle factoren. Bijvoorbeeld iemand met een kwetsbaarheid voor psychose (Mens), die af en toe cannabis (Middel) gebruikt en een beperkt sociaal vangnet heeft (Milieu) zal sneller problemen krijgen door zijn gebruik. Zie punt 2.3.2 voor de risicofactoren die eigen zijn aan mensen met een beperking.

2.1.4. HET VERLOOP VAN GEDRAGSVERANDERING

Nog vaak wordt het niet veranderen van gebruik (of ander gedrag) gezien als een simpel tekort aan inzicht of wilskracht en ziet men mensen als 'gemotiveerd' of 'niet gemotiveerd'. Gewoontegedrag veranderen gebeurt echter niet van vandaag op morgen. Het is vaak een lang proces. Het Model van Verandering (Prochaska en DiClemente, 1984) toont er belangrijke kenmerken van. Dit fasenmodel beschrijft het traject dat een persoon tijdens een veranderingsproces doorloopt, van vóór het moment dat hij zijn probleem erkent tot en met de gestabiliseerde hantering ervan. We maken hierbij de kanttekening dat mensen dit proces niet stap voor stap doorlopen, van fase naar fase. Mensen kunnen voor langere tijd in een fase blijven steken. Ze kunnen op ieder moment terugvallen in een eerdere fase, maar kunnen ook een plotse sprong maken, bijvoorbeeld door een ingrijpende levensgebeurtenis.

Het Model van Verandering kan gebruikers en hun omgeving helpen om het procesmatige van gedragsverandering in te zien. Het wordt duidelijk dat er vaak heel wat cognitieve veranderingen vooraf gaan aan een zichtbare gedragsverandering, dat gewoonteverandering meestal met periodes van terugval gepaard gaat en dat er vaak weinig aansluiting is tussen de kijk en aanpak van de omgeving en de behoefte van de cliënt.

De beperking van het model is dat het hoofdzakelijk gaat over het bewust nemen van beslissingen (na afwegen van voor- en nadelen) en plannen van gedrag. Andere beïnvloedende factoren van gedrag zoals niet-bewuste verwachting van beloning of straf en andere automatische processen, worden niet in rekening gebracht. Er wordt ook geen rekening gehouden met de sterke situationele determinanten van gedrag.



Model van Verandering (naar Prochaska en DiClemente, 1983)

VOORBESCHOUWING

De persoon ziet het gebruik niet als een probleem en denkt niet aan verandering. De omgeving (partner, ouders, werkgever, school, hulpverlener …) vindt meestal als eerste dat er een probleem is en dat verandering nodig is. Deze druk vanuit de omgeving wordt door de persoon vaak als lastig ervaren.

> *‘Ik heb geen probleem. Mijn partner is het probleem: omdat hij nooit iets drinkt, zeurt hij maar door als ik eens iets gedronken heb!’*

BESCHOUWING

De gebruiker krijgt, naast de voordelen, ook oog voor de nadelen van het gebruik. Hij heeft als het ware twee stemmetjes in zijn hoofd. Enerzijds een stem die stelt: ‘Ik heb geen probleem, ik kan rustig verder gebruiken’ en die argumenten geeft om niet te veranderen; anderzijds is er een stem die zich afvraagt of de problemen die men ervaart te maken kunnen hebben met het gebruik en die argumenten aandraagt voor verandering.
Zowel veranderen als niet veranderen hebben verleidelijk positieve én sterk negatieve aspecten die afwisselend op de voorgrond treden. Dit geeft een sterk gevoel van ambivalentie.

> *‘Zou die maagpijn toch met mijn drinken te maken hebben?’ ‘Het is zo gezellig om met mijn vrienden op café te zitten, maar als ik nog eens dronken thuis kom, dan ga ik misschien niet meer in mijn huis mogen blijven wonen.’*

BESLISSING

Wanneer een van de kanten van de ambivalentie (veranderen of niet veranderen) gaat doorwegen, begint een beslissing zich af te tekenen. Iemand kan beslissen om (nog) niets te veranderen aan zijn middelengebruik (terug naar de voorbeschouwingsfase). Als het belang van verandering voldoende groot aanvoelt, beslist hij dat hij iets aan zijn gebruik moet veranderen. Belangrijke factor is hierbij ook dat iemand zich in staat voelt om zijn gedrag te veranderen en weet hoe hij dat kan doen.

> *‘Ik zou beter stoppen. Die pillen helpen toch niet meer. Ik ga een andere oplossing zoeken voor mijn slaapprobleem.’*
> *‘Straks verlies ik mijn werk nog. Ik ga op zondag niet meer gebruiken, zodat ik fris ben op maandagochtend.’*

Eens men beslist heeft om te veranderen moet nog concreet worden wat men precies wil veranderen (stoppen, minder gebruiken, risico’s beperken, …) en op welke manier (alleen, met de hulp van een vertrouwenspersoon, in de alcohol- en drughulpverlening, in een zelfhulpgroep…). De verandering wordt voorbereid.

ACTIEVE VERANDERING
De persoon zet zijn beslissing effectief om in gedrag. Pas op dit moment wordt de verandering ook zichtbaar voor de omgeving. Meestal gaat verandering met vallen en opstaan en blijven twijfels opduiken.

> ” *Robert probeert te stoppen met roken, eerst met kauwgom, dan met nicotinepleisters. Yannick probeert minder om te gaan met vrienden-gebruikers en contact te herstellen met enkele ‘oude vrienden’. Soms lukt het om enkel ‘s avonds een jointje te roken, soms worden het er toch weer vijf op een dag.*

CONSOLIDATIE
Iemand probeert de verandering te behouden en te integreren in zijn dagelijks leven. Hij heeft een nieuw gedragspatroon ontwikkeld.

> ” *Martine drinkt twee glazen wijn per dag en haalt geen sterkedrank meer in huis.*

TERUGVAL
Terugval is de terugkeer naar het oude gedragspatroon. Terugval maakt wezenlijk deel uit van het gedragsveranderingsproces, het hoort erbij. Een uitschuiver leidt niet per se tot een volledige mislukking. Daarom is het belangrijk om terugval als een ervaring met leermogelijkheden te zien: in welke situatie was het moeilijk om de verandering vol te houden en hoe kan men daar in de toekomst mee omgaan?

> ” *Bert kreeg een kwade telefoon van zijn ex. Om zich te ontspannen ging hij een paar glazen drinken. Het is bij die ene keer gebleven. (uitschuiver)*
> *Sara kwam een oude vriend tegen en liet zich verleiden tot een lijntje coke. Zij gebruikt nu weer wekelijks. (terugval)*

2.2. VERSTANDELIJKE BEPERKING

2.2.1. OMSCHRIJVING

Om de vraag te beantwoorden wat een verstandelijke beperking inhoudt, kan men vertrekken van de definitie opgesteld door de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

"Intellectual disability is a disability characterized by significant limitations in both intellectual functioning and in adaptive behavior, which covers many everyday social and practical skills. This disability originates before the age of 18[1]". (AAIDD,2013)

Een verstandelijke beperking is als dusdanig een functie van de aanwezige competenties, maar ook de omgevingseisen en ondersteuning spelen een rol.

Bij de definiëring van verstandelijke beperking wordt veelal gefocust op het cognitieve functioneren. Meer en meer wordt ook aandacht gevraagd voor de emotionele ontwikkeling. We bespreken achtereenvolgens beide aspecten.

De afgelopen decennia evolueerde **emotionele ontwikkeling** tot een sleutelbegrip in de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking. De overtuiging groeide dat het inschatten van en afstemmen op het emotionele ontwikkelingsniveau een noodzakelijk stap is binnen een kwaliteitsvolle beeldvorming over en ondersteuning van cliënten. Met zijn ontwikkelingsdynamische benadering en beschrijving van de verschillende fasen in de emotionele ontwikkeling leverde Anton Dõsen hiertoe een grote bijdrage (Claes & Verduyn 2012). De emotionele ontwikkeling is een wezenlijk aspect van de persoonlijkheidsontwikkeling. Voor een evenwichtige ontwikkeling van een persoon is het noodzakelijk dat naast de cognitieve aspecten ook de emotionele aspecten parallel ontwikkelen. Een discrepantie tussen de cognitieve en emotionele ontwikkeling resulteert in een persoonlijkheid die kwetsbaar is voor het ontstaan van gedrags- en psychische stoornissen en/of moeilijk te begrijpen gedrag (Claes et al., 2012). Daarom is het belangrijk om, als begeleider, zowel de cognitieve als de emotionele ontwikkeling te stimuleren en de omgang met en behandeling van cliënten af te stemmen op dit ontwikkelingsniveau. Het gevaar van overschatting is groot wanneer niet duidelijk is op welk (sociaal) emotioneel niveau een cliënt functioneert.[2]

Daarnaast is een significante beperking van het **intellectueel functioneren** een van de kenmerken van verstandelijke beperking volgens de definitie van de AAIDD. Internationaal zijn er afspraken gemaakt over de criteria voor een verstandelijke beperking. Op basis van de hoogte van het IQ worden vier niveaus van verstandelijke beperking onderscheiden (DSM-5).

---

[1] Bron: http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.U3sBp_l_tu5

[2] Meer informatie is te vinden op de website van Steunpunt Expertise Netwerken (SEN vzw) www.senvzw.be.

IQ	Mate van beperking
50/55 – 70	Lichte verstandelijke beperking
35/40 – 50/55	Matige verstandelijke beperking
20/25 – 35/40	Ernstige verstandelijke beperking
20/25 of lager	Diepe verstandelijke beperking

Bij een IQ tussen 70 en 85 is er volgens de DSM-5 geen sprake van een verstandelijke beperking, maar van zwakbegaafdheid. Dit zijn echter ook mensen die problemen hebben met het algehele functioneren, net zoals mensen met een verstandelijke beperking. Deze groep mensen met een lichtverstandelijke beperking loopt het hoogste risico om in contact te komen met middelen, aangezien zij relatief zelfstandig functioneren. Het zijn ook deze mensen die niet residentieel wonen of continu begeleid worden. Ze wonen in de maatschappij. (Vandernagel, Kiewik et al. 2013)

Een ander belangrijk aspect in de definiëring is het **adaptieve of aanpassingsvermogen**. Hierbij gaat het om vaardigheden die nodig zijn om in het dagelijks leven en de maatschappij te functioneren. In de DSM-5 definitie vallen verschillende vaardigheden onder het aanpassingsvermogen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid. Er moeten minstens op twee deelterreinen beperkingen zijn om van een verstandelijke beperking te kunnen spreken. Adaptief gedrag behelst ook problemen in het **dagelijks functioneren**. Deze problemen lopen voor mensen met verschillende niveaus van beperking sterk uiteen. Iemand met een lichte verstandelijke beperking kan bijvoorbeeld moeite hebben met lezen en schrijven, terwijl iemand met een ernstige verstandelijk beperking moeite heeft met basale zelfzorg, zoals zich aan- en uitkleden. Ook tussen mensen met hetzelfde niveau van verstandelijke beperking kunnen aanzienlijke verschillen bestaan. Levenservaring, sociale context, bijkomende problemen en sociaal-emotionele ontwikkeling spelen een rol. (Vandernagel et al., 2013)

2.2.2. EVOLUTIES

Het **emancipatorisch denkkader** is, de laatste decennia, een gangbaar gedachtegoed binnen de gehandicaptenzorg. Binnen dit gedachtegoed staat de cliënt centraal. De cliënt is een uniek persoon en geeft zelf richting aan zijn leven en de ondersteuning die hij nodig heeft en wat hij zelf kan opnemen. Hij geeft zelf vorm en inhoud aan zijn leven, als gelijkwaardige burger. Dit denkkader schuift dertien criteria voor de ondersteuning van mensen met een beperking naar voor (Maes et al. 1997).

Criterium	Toelichting
Eigenheid	- Aansluiten bij de zorgvraag. - De cliënt wordt erkend als persoon met individuele mogelijkheden en beperkingen. - Er wordt van de cliënt een actieve betrokkenheid verwacht.
Betrokkenheid	- Er is heel wat communicatie tussen alle betrokkenen. - De cliënt beschikt over de nodige informatie. - Hij heeft bovendien inspraak.
Keuzevrijheid	- De cliënt verwoordt zijn wensen, dromen en behoeften. - Hij krijgt optimale keuzemogelijkheden. - Natuurlijk zijn er grenzen (realiteit, middelen). - De cliënt aanvaardt de consequenties van de grenzen die hij ontmoet.
Respect	- Er bestaat een fundamentele gelijkwaardigheid. - Elke persoon heeft een eigen identiteit. - Het recht op privacy. - Ook mensen met beperkingen hebben recht op verantwoordelijkheden.
Sfeer	- Een veilige maar groeibevorderende sfeer is heel belangrijk. - Het recht op materieel bezit. - Warme, spontane, hartelijke maar indien nodig zakelijke relaties.
Omgang	- Betrokkenheid, vertrouwen, respect en verantwoordelijkheid.
Ontwikkeling	- Een harmonische ontplooiing is het streefdoel.
Onafhankelijkheid en ondersteuning	- Mensen aanzetten tot initiatief nemen. - Niet zomaar ondoordacht of uit gewoonte overnemen. - Het probleem laten bij wie het hoort, maar ondersteuning bieden daar waar nodig.
Structuur en flexibiliteit	- Structuur is geen vies woord, het biedt veiligheid en creëert ruimte tot handelen. - Zowel het klimaat, de situaties als de relaties hebben nood aan structuur. - Grenzen houden mensen met de voeten op de grond. Door deze aarding kunnen dromen realistisch aangepakt worden. - Consequent gedrag en regelmaat zijn van grote waarde.
Methodisch handelen	- Sleutelwoorden van planmatig werken zijn: doordacht, verantwoord(baar), deskundig en multidisciplinair. - Met een doel voor ogen stap voor stap een actieplan uitwerken.
Integratie	- Iedereen is een volwaardig burger. - Leven in gebruikelijke leefomstandigheden zoals leeftijdsgenoten. - Elke burger heeft recht op waardering.
Perspectief	- Vooruitzichten op korte en lange termijn. - Leven in het nu met het verleden als achtergrond, en de toekomst in het vizier. - Werken met perspectieven is een interactief en dynamisch gebeuren.
Participatie van belangrijke derden	- Een persoonlijk netwerk gaat mee op pad. De juiste mensen aanspreken en begeesteren.

Binnen dit denkkader is zelfcontrole, zelf keuzes maken en handelen, met de nodige ondersteuning, van groot belang. De nodige ondersteuning wordt mee bepaald door de behoefte aan ondersteuning die nodig is om een goede **kwaliteit van bestaan** te bekomen. Het construct kwaliteit van bestaan is compatibel met het denkkader van de Conventie van de Verenigde Naties inzake de rechten van mensen met beperkingen (UN, 2006). In deze conventie zijn een aantal fundamentele waarden en uitgangspunten voor (inter)nationale wetgeving vastgelegd. De domeinen die hierbinnen bepaald werden, komen overeen met de domeinen van kwaliteit van bestaan, zoals omschreven door Buntinx en Shalock (2010). Werken aan deze domeinen is dus in overeenstemming met het maatschappelijk waardenkader dat ook de wetgever en de overheid bindt. (De Bruijn, Buntinx et al. 2014)

Domeinen kwaliteit van bestaan	Artikelen VN-Verdrag
Persoonlijke ontwikkeling	Art 24
Zelfbepaling	Art 14, 19, 21
Interpersoonlijke relaties	Art 23
Sociale inclusie	Art 8, 9, 18, 20, 27, 29, 30
Rechten	Art 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15
Emotioneel welzijn	Art. 16, 17
Fysiek welzijn	Art 16, 25, 26
Materieel welzijn	Art 22, 28

Gepaard gaande met het burgerschapsparadigma, is er de laatste jaren sprake van een de-institutionalisering, extramuralisering of **vermaatschappelijking van de zorg**. Concreet betekent dit een verschuiving van zorg naar de gemeenschap, met een grotere nadruk op zelfhulp en non-professionele hulp (cf. emancipatorisch denkkader).

Een andere tendens die hiermee samengaat is **inclusie**, dit betekent dat mensen met een beperking zoveel mogelijk gewoon in de samenleving functioneren, en zo weinig mogelijk uitzonderlijk en afzonderlijk. Die benadering breekt met het oude beeld van personen met een beperking die in de eerste plaats hulp- en zorgbehoevend zijn. Onder meer ook de VN-conventie betreffende de rechten van personen met een beperking gaat uit van zoveel mogelijk inclusie.

Deze tendensen worden voortgezet in **Perspectief 2020**[3], het nieuwe ondersteuningsbeleid voor mensen met een beperking. Hierin wordt gefocust op personen met een beperking als volwaardige burgers, van wie de persoonlijke autonomie, rechten en capaciteiten gerespecteerd moeten worden.

[3] Meer informatie is te vinden op de website van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) www.vaph.be

2.3. MIDDELENGEBRUIK EN VERSTANDELIJKE BEPERKING: EEN PLUS EEN IS DRIE?

2.3.1. PREVALENTIE

De kans op gebruik bij mensen met een verstandelijke beperking is even groot of iets kleiner dan bij de algemene populatie. De kans dat hun gebruik evolueert tot misbruik is echter vele malen hoger door hun kwetsbaarheden (cf. Mens-Middel-Milieu-model). Mensen met een verstandelijke beperking kunnen alcohol en/of drugs zien als een manier om erbij te horen en om zich geaccepteerd te voelen. En - net als normaalbegaafde mensen - drinken of gebruiken ze soms vanuit de verwachting dat sociaal contact er eenvoudiger door wordt. Ook als reactie op stressoren in het dagelijks leven, als copingmechanisme of manier om deze stress te verminderen, kunnen middelen gebruikt worden. Deze sociale beweegredenen lijken voor mensen met een beperking zwaarder door te wegen.

Er is weinig onderzoek gedaan naar het soort middelen dat gebruikt wordt door de doelgroep. Het beperkte onderzoek dat in Nederland werd uitgevoerd wijst erop dat alcohol het middel is dat het meest gebruikt wordt (Dijkstra and Bransen 2010). Recent gebeurde ook in Vlaanderen een studie (To et al. 2014), zij het bij een niet-representatieve steekproef van cliënten uit de verslavingszorg en gehandicaptenzorg (104 cliënten, tussen 22-75 jaar). Hieruit bleek dat alcohol, cannabis en cocaïne de voornaamste gebruikte middelen zijn. In dit onderzoek werd een profiel afgeleid dat typerend is voor de doelgroep. De meerderheid van de ondervraagde cliënten met een middelenprobleem bleek mannelijk en jonger dan 35 jaar te zijn, een lichte verstandelijke beperking te hebben en zelfstandig te wonen. Uit dit onderzoek bleek ook dat er vaak sprake was van de combinatie van verschillende middelen (polydruggebruik).

2.3.2. SPECIFIEKE RISICOFACTOREN

Mensen met een verstandelijke beperking zijn vaak extra kwetsbaar doordat hun uitgangspositie al minder gunstig is of omdat ze minder vaardigheden hebben om de gevolgen van gebruik op hun functioneren in te perken. Onderstaande risicofactoren voor gebruik en misbruik zijn factoren die algemener kunnen gelden, maar die zeker van belang zijn voor de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking.

PSYCHISCHE RISICOFACTOREN

- *Beperkte kennis over middelen, effecten en gevolge*n. Men is zich niet bewust van de korte- of langetermijneffecten van een bepaald middel.
- *Moeizaam oorzaak/gevolg denken.* Doordat men de link niet legt tussen gebruik en de gevolgen, is men zich minder bewust van risico's en kan men risicogedrag moeilijker inschatten (cf. sociaal emotionele ontwikkeling).
- *Moeite met probleemdetectie en -erkenning* en oplossingsgericht handelen.
- *Moeite met zelfcorrectie.* Men reageert vaak impulsief.
- *De emotionele ontwikkeling*. De emotionele ontwikkelingsleeftijd van mensen met een beperking is vaak erg jong. Hierdoor hebben ze moeite om het perspectief van anderen in rekening te nemen en om rekening te houden met de gevolgen van hun gedrag voor anderen.[4]

---

[4] Meer informatie is te vinden op de website van Steunpunt Expertise Netwerpen (SEN vzw) www.senvzw.be.

- *Grote gevoeligheid voor sociale beïnvloeding*. Door een lage zelfwaardering, in combinatie met een lage mentale weerbaarheid, is men vaak vatbaarder voor sociale druk, men heeft moeite met het stellen van grenzen.
- *Psychiatrische problemen*. Een aantal psychiatrische stoornissen gaat gepaard met een hoger risico op problemen met middelengebruik. Bijvoorbeeld ADHD, depressie, angststoornis. Een van de mechanismen die hier spelen is het gebruik van middelen om psychische klachten te verminderen. Het gebruik van alcohol of cannabis bij ADHD om rustiger te worden, is een gekend voorbeeld van zelfmedicatie. (Vandernagel, Kiewik et al. 2013)

LICHAMELIJKE RISICOFACTOREN

Voor mensen met een verstandelijke beperking geldt dat ze mogelijks een grotere gevoeligheid hebben voor de lichamelijke effecten van gebruik. Ze hebben immers vaker dan gemiddeld lichamelijke klachten en aandoeningen, zoals zintuiglijke afwijkingen, spasticiteit, epilepsie, overgewicht … Daarnaast gebruiken velen onder hen geneesmiddelen omwille van lichamelijke en/of psychiatrische aandoeningen. De interactie met medicatie zorgt ervoor dat het gebruik van alcohol of andere drugs grotere of onverwachte gevolgen kan hebben.

Een specifiek voorbeeld van een lichamelijke risicofactor is (aangeboren) hersenschade. Hersenschade zorgt ervoor dat men kwetsbaarder is voor de effecten van middelen. Een beperkte hoeveelheid kan al tot (ernstige) intoxicatie leiden, of er kan sprake zijn van paradoxale effecten. Dit wil zeggen dat het effect van een middel tegengesteld is aan het verwachte effect. (Vandernagel et al., 2013)

SOCIAAL-MAATSCHAPPELIJKE RISICOFACTOREN

- *Sociale druk*. Gebruik heeft vaak een sociale functie. Soms is gebruik zo vanzelfsprekend dat er ook zonder expliciet aandringen druk wordt gevoeld, er is dan sprake van een vanzelfsprekende norm die in de sociale context heerst.
- *Sociale norm*. Belangrijke anderen (familie, vrienden, begeleiders …) bepalen mee wat iemand over gebruik in het algemeen vindt en hoe hij tegen zijn eigen gebruik aankijkt. Plus, men baseert zijn norm over wat verantwoord gebruik is vaak op het gebruik van rolmodellen (bijvoorbeeld: Op de voetbal drinken ze allemaal minstens tien pinten en voor mij is twee al te veel?).
- *Opvoeding*. Voor jongeren zijn voorbeeldgedrag en regels van ouders en andere opvoeders een belangrijke factor. Wanneer iemand opgroeit in een gezin waar ouders problemen hebben met gebruik, vormt dit een extra risicofactor.
- *Eenzaamheid en sociaal isolement*. Dit lijkt bij de doelgroep een belangrijke aanleiding te zijn voor gebruik. Soms gebruikt men om eenzaamheid te verdrijven, om erbij te horen of om sociale contacten aan te gaan.
- *Beschikbaarheid van middelen*. Wanneer men in een beschermd milieu leeft, zijn middelen moeilijker te verkrijgen.
- *Chronische stress*. Als gevolg van levenslang geconfronteerd worden met over- en ondervraging, in combinatie met tekortschietende maatschappelijke waardering.
- *Risicofactoren samenhangend met de leefsituatie*. Soms wonen cliënten in minder gegoede buurten, hebben ze het financieel niet breed of is er sprake van gebruik in hun omgeving. Of soms ontstaan er in de zorg in de voorziening voor mensen met een beperking situaties die risicovol zijn.
    - In een voorziening leven mensen in nauw contact met elkaar. Wanneer er gebruikers zijn, kan dit de kans op experimenteergedrag bij anderen verhogen.
    - Voorzieningen met strenge regels over gebruik of voorzieningen waar er een taboe op rust, lopen het risico dat cliënten hun gebruik verborgen houden en dat problemen pas in een laat stadium naar boven komen.

Jongeren met een verstandelijke beperking zijn extra kwetsbaar[5]

Jongeren zijn kwetsbaarder voor de gevolgen van het drinken van alcohol of het gebruiken van middelen, dan volwassenen:

- Kinderen en jongeren zijn kwetsbaarder voor de effecten van alcohol en andere drugs dan volwassenen. Ze zijn fysiek kleiner en ze hebben geen ervaring met alcohol of andere drugs en de effecten ervan.
- Een vroege beginleeftijd van alcohol- of ander druggebruik is een risico-indicator voor het ontstaan van middelenproblemen op volwassen leeftijd, en voor fysieke en mentale gezondheidsproblemen en sociale problemen.
- De adolescentie is een kritieke periode waarin bepaalde hersengebieden nog volop in ontwikkeling zijn. Middelengebruik kan deze ontwikkeling verstoren, wat kan leiden tot structurele veranderingen die blijvende functionele stoornissen tot gevolg hebben.
- Een jongere dient een aantal ontwikkelingstaken te vervullen. Middelengebruik kan dit proces verstoren en leiden tot een (tijdelijke) ontwikkelingsstilstand.
- De adolescentie is een periode waarin jongeren onzeker zijn en het experiment opzoeken in hun zoektocht naar een eigen identiteit. Ook gebruik van alcohol en andere drugs kan hierbij horen, wat jongeren soms in risicovolle situaties brengt. Adolescenten beschikken vaak nog onvoldoende over de sociale vaardigheden die nodig zijn om (onder invloed) probleemsituaties ten gevolge van over matig alcoholgebruik of ander druggebruik op te lossen.
- Het risico op ongevallen, (zelf)verwonding(en) en geweld is hoog bij minderjarige drinkers.
- Langdurig, excessief gebruik van alcohol lijkt bij adolescenten te kunnen leiden tot verminderde prestaties op leren en geheugen.
- Een verslechtering van het kortetermijngeheugen en andere mentale functies door cannabisgebruik kan leiden tot slechtere schoolprestaties vlak na het gebruik. Bij regelmatige cannabisgebruikers hangen slechte schoolresultaten vaak samen met andere gedragsproblemen.
- Adolescenten lijken gemakkelijker afhankelijk te worden van cannabis dan volwassenen.

[5] Visietekst Alcohol en jongeren (2013 www.vad.be)

2.3.3. GEVOLGEN

Algemeen kan aangenomen worden dat personen met een verstandelijke beperking een lagere drempel hebben voor middelengerelateerde problemen. Niet alleen kan middelengebruik een negatieve invloed hebben op hun welbevinden, het is ook zo dat kleine hoeveelheden alcohol en andere drugs sneller grotere gevolgen kunnen hebben op verschillende levensdomeinen.
In vergelijking met de normaalbegaafde populatie blijkt dat de levensdomeinen geestelijke gezondheid, dagelijkse activiteiten en persoonlijke relaties meer beïnvloed worden door middelengebruik bij de doelgroep. Ook blijkt dat bij personen met een verstandelijke beperking die middelen gebruiken, er meer sprake is van stemmingswisselingen en suïcidale gedachten. (To et al., 2014)

Een aantal van onderstaande gevolgen gaat op voor de algemene gebruikersgroep, maar concreet kunnen de gevolgen van middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking opgesplitst worden in drie gebieden: lichamelijk, psychisch en sociaal-maatschappelijk. (Vandernagel et al., 2013)

Daarnaast mag niet uit het oog verloren worden dat middelengebruik voor heel wat cliënten voornamelijk positieve gevolgen heeft.

LICHAMELIJK
Middelen hebben bij verstandelijk beperkte mensen een grotere invloed op de gezondheid, omdat er naast de verstandelijke beperking regelmatig sprake is van medische problemen en het gebruik van (gedragsbeïnvloedende) medicatie. Gedragsbeïnvloedende medicatie kan op zichzelf al verslavend zijn en de werking van deze medicatie kan beïnvloed worden door het gebruik van alcohol en drugs. (Krooshof en Van der Naegel, 2009)

Ongewenste lichamelijke gevolgen kunnen zijn:

- neveneffecten van het middel zelf (bijvoorbeeld verminderd coördinatievermogen …)
- lichamelijke risico's samenhangend met de gebruikswijze van het middel (bijvoorbeeld longproblemen door in haleren, infecties door spuiten …)
- verergeren van bestaande klachten door gebruik (bijvoorbeeld toename van hoge bloeddruk door stimulantiagebruik)
- verergeren van bestaande klachten door ontwenning (bijvoorbeeld insulten na het staken van benzodiazepinegebruik bij iemand met een voorgeschiedenis van epilepsie)
- onvoldoende aandacht voor lichamelijke klachten door werking van verdovende middelen, waardoor kwalen onderdrukt worden
- verminderd werken van medicijnen voor lichamelijke en psychische klachten (bijvoorbeeld middelen tegen epilepsie worden door chronisch alcoholgebruik versneld afgebroken, waardoor ze onvoldoende werken)
- versterken van de werking van middelen door (bij)werkingen van medicijnen (bijvoorbeeld buitensporige slaperigheid bij combinatie van dempende middelen en antihistaminica)

PSYCHISCHE GEVOLGEN

Mensen gaan vaak middelen gebruiken omwille van de positieve effecten die het kan hebben op het psychisch functioneren. Er zijn echter ook een groot aantal ongewenste effecten die vrij snel na gebruik kunnen ontstaan.

Effecten op korte termijn:

- Onder invloed van alcohol of stimulerende middelen zijn mensen impulsiever, vaker geneigd tot grensoverschrijdend of agressief gedrag.
- Doordat de cliënt meer heeft ingenomen dan gepland, door zijn gevoeligheid voor het middel of doordat het middel sterker was dan gedacht, kan een cliënt overreageren (bijvoorbeeld overprikkeld geraken door een stimulerend middel).
- Een middel kan een ongewenst effect veroorzaken (bijvoorbeeld angstaanval na roken van cannabis).
- Psychiatrische problemen kunnen verergeren door gebruik (bijvoorbeeld toename van psychosen bij gebruik van bewustzijnsveranderende middelen). Bovendien rapporteren volwassenen met een verstandelijke beperking die middelen gebruiken in hoge mate suïcidale gedachten. (To et al., 2014)

Effecten op lange termijn:

Langdurig, overmatig middelengebruik gaat vaak gepaard met veranderingen in gedragspatronen:
- *Overwaardering van gebruik.* De gebruiker ziet de negatieve gevolgen van gebruik nauwelijks (meer), terwijl positieve gevolgen worden overschat. Bijvoorbeeld de opvatting van een cannabisroker dat hij alleen nog na het roken van een joint kan inslapen.
- *Negatief zelfbeeld*. Wanneer een cliënt geen vat meer heeft op zijn gebruik, beïnvloedt dit zijn zelfbeeld negatief. Afkeurende reacties van vrienden, familie, omgeving … dragen daaraan bij. Wanneer het vertrouwen in de eigen mogelijkheden om zijn gedrag te veranderen wordt aangetast, kan dit tot een vicieuze cirkel leiden.
- *Gebrek aan vertrouwen in anderen*. Middelproblemen leiden vaak tot afwijzing en commentaar van anderen. Het vertrouwen in anderen kan daardoor een deuk krijgen.
- *Ontkenning of stiekem gebruik*. Gebruikers zijn meestal goed in het verbergen van hun problemen, zowel voor zich zelf als voor anderen in hun omgeving. Dit uit zich in het verzwijgen, minimaliseren en wegredeneren van de ernst van gebruik of verslavend gedrag. Dit hangt ook samen met angst voor de reactie van de omgeving, het heersend taboe over gebruik …
- *Antisociaal gedrag*. Bij een verslaafde persoon staat het hele leven in het teken van het gebruiken van het middel. Alles moet wijken ervoor, ook algemeen geaccepteerde normen en waarden worden overtreden als dit nodig is om gebruik mogelijk te maken. Opgelet, dit geldt niet voor alle gebruikers.

Annie woont in een voorziening beschut wonen. Ze drinkt graag een aperitiefje voor het eten, meestal blijft dit niet bij eentje. Op sommige momenten is Annie licht-geraakt. Als ze gedronken heeft, wordt dit nog versterkt. Vaak leidt dit tot discussies en ruzies met andere bewoners. Enige tijd geleden liep het uit de hand en reageerde Annie agressief tegen een andere bewoner die haar aansprak op iets. De begeleiding moest tussenkomen.

SOCIAAL-MAATSCHAPPELIJKE GEVOLGEN
Er kunnen ernstige sociaal-maatschappelijke problemen ontstaan door overmatig middelengebruik. Denk hierbij bijvoorbeeld aan relationele problemen, verlies van vriendschappen, werkloosheid, afgebroken schoolcarrière, sociaal isolement, financiële problemen en problemen met justitie.
Wanneer een cliënt in een groep woont of werkt, zijn de gevolgen bovendien vaak belastend voor deze omgeving:

- Andere cliënten kunnen zich storen aan het gebruik (bijvoorbeeld overal liggen lege blikjes) of bang worden doordat de cliënt zijn gedrag verandert o.i.v. middelengebruik (overprikkeld, luidruchtig, agressief of onvoorspelbaar gedrag).
- Familie en begeleiders zijn bang dat andere cliënten het gedrag van de gebruikende cliënt gaan kopiëren.
- De werkrelatie tussen cliënt en begeleider staat onder druk.
- Het gedrag van de gebruikende cliënt kan het bieden van ondersteuning moeilijk of onmogelijk maken.

2.3.4. DRIEVOUDIGE PROBLEMATIEK

Soms is er sprake van een drievoudige problematiek, meer bepaald een verstandelijke beperking, psychische problemen en middelenmisbruik. Psychiatrische stoornissen komen vaker voor bij mensen met een verstandelijke beperking dan bij de normaalbegaafde populatie. Bovendien is het zo dat er een grote comorbiditeit bestaat tussen psychiatrische stoornissen en middelengebruik. Het samengaan van middelenmisbruik en psychiatrische stoornissen heeft grote consequenties voor de behandeling. De comorbiditeit leidt tot meer en ernstigere symptomen, minder therapietrouw en een vergrote kans op terugval.

3. EEN ALCOHOL- EN DRUGBELEID IN DE GEHANDICAPTENZORG

> ” *Een alcohol- en drugbeleid past binnen onze visie. Zo creëren we een klimaat waarin open kan gesproken worden over de problemen en zorgen van onze cliënten. Met deze problemen trachten we constructief om te gaan. We zoeken oplossingen die voor alle partijen bevredigend zijn en waarmee we de totale persoon en zijn autonomie respecteren.*

Voorzieningen in de gehandicaptenzorg kunnen een belangrijke rol vervullen in het kader van de alcohol- en drugthematiek. Dit kan op verschillende vlakken: cliënten informeren en sensibiliseren, opmerken en inschatten van alcohol- en drugproblemen, deze bespreekbaar maken, begeleiden en/of doorverwijzen van cliënten, ondersteuning bieden aan cliënten bij wie behandeling in de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening aangewezen is …

Sommige voorzieningen worden in de praktijk geconfronteerd met gebruik van cliënten, anderen (nog) niet. Hoewel er duidelijke signalen kunnen zijn, is gebruik herkennen en correct inschatten niet eenvoudig, zeker in afdelingen waar mobiel wordt gewerkt en waar de cliënt zelfstandiger leeft. Er rijzen dan heel wat vragen. Hoe kan je de cliënt aanspreken, zonder de relatie te belasten? Hoe kan je gepast ingrijpen zonder de verantwoordelijkheid van de cliënt over te nemen? Ligt de focus op begrenzen of op empowerment? Dit is vaak een moeilijke evenwichtsoefening.

Ook in dit geval staat samenwerken mét de cliënt centraal, niet het overnemen. Mensen nemen hun eigen verantwoordelijkheid op waar dit kan. Dit voorkomt aangeleerde hulpeloosheid en een té grote afhankelijkheid. In een gezonde situatie worden mogelijkheden geoptimaliseerd en worden antwoorden gezocht om beperkingen het hoofd te bieden. (Laureys en De Rycke, 2007)

Door als voorziening een visie te bepalen en de eigen rol te omschrijven met betrekking tot de alcohol- en drugthematiek, creëert men een ondersteunend kader voor begeleiders, cliënten en mantelzorgers. Het voorkomen en beperken van middelengerelateerde problemen gebeurt het effectiefst wanneer er een samenhangende en gemeenschappelijke aanpak is. Deze aanpak wordt uitgewerkt in een alcohol- en drugbeleid op maat van de voorziening. Een alcohol- en drugbeleid is met andere woorden een samenhangend geheel van afspraken over hoe de voorziening omgaat met de alcohol- en drugthematiek. Een beleid vertrekt vanuit een welbepaalde visie op de thematiek die voortbouwt op de algemene visie van de voorziening. Het bestaat uit vier pijlers: regelgeving, begeleiding, informatie en vorming en structurele maatregelen. Deze pijlers zijn complementair aan elkaar. De ene pijler kan de andere niet vervangen. Als deze pijlers evenwichtig worden vormgegeven, ontstaat er een beleid waarbij verschillende initiatieven en maatregelen op elkaar zijn afgestemd en elkaar versterken.



Pijlers van een alcohol- en drugbeleid

Regelgeving

In de pijler regelgeving wordt vastgelegd wat, in de context van de voorziening en in de verschillende afdelingen, wel en niet kan in verband met alcohol en andere drugs. Hierbij wordt het wetgevend kader als richtlijn gebruikt. Er wordt tevens vastgelegd wat de gevolgen zijn als de regels overtreden worden en wie hierin welke rol opneemt.

Een cliënt gaat in het weekend naar zijn ouders die ook een drugprobleem hebben. Daar gebruiken ze samen speed. Hij komt maandag terug naar de woongroep en is nog onder invloed. De afspraak is dat hij niet onder invloed in de woongroep mag komen (ter bescherming van andere cliënten). ***(=regel)*** *Indien het niet lukt om nuchter uit het weekend terug te komen, wordt hij gevraagd om naar zijn eigen kamer te gaan tot zijn roes is uitgewerkt.* ***(= gevolg, reactie op regelovertreding)*** *Daarna volgt een gesprek.*
Houdt hij zich ***herhaaldelijk*** *niet aan de afspraak dan wordt overlegd met de coördinator of de directie welke stappen er nodig zijn.* ***(= gevolg, reactie op herhaalde regelovertreding)***

Begeleiding

In de pijler begeleiding legt de voorziening vast welke rol ze wil opnemen in de begeleiding van cliënten met alcohol- of andere drugproblemen. Hoe wordt mogelijk problematisch gebruik opgemerkt, wat wordt in het kader van de eigen begeleiding opgenomen, wanneer wordt doorverwezen naar alcohol- en drugspecifieke hulpverlening … zijn enkele van de vragen die in deze pijler beantwoord worden.

Een cliënt die zelfstandig woont heeft een alcoholprobleem en veroorzaakt hierdoor veel overlast in de buurt. De begeleider gaat in gesprek met de cliënt, maar dit blijkt geen verbetering te brengen. De situatie gaat verder achter uit. In samenspraak met de cliënt wordt beslist om contact op te nemen met de alcohol- en drughulpverlening voor een meer specifieke hulpverlening. Dit maakt dat de begeleider opnieuw ruimte krijgt om te focussen op de reguliere ondersteuning en het ook over andere dingen te hebben.

Informatie en vorming

In de pijler informatie en vorming bepaalt de voorziening wat ze zal doen op educatief vlak. Hoe worden cliënten gesensibiliseerd en geïnformeerd over middelengebruik, hoe worden ze bewust gemaakt van de risico's ervan en het belang van verantwoordelijk gebruik? Op welke manier kunnen er vaardigheden bijgebracht worden in het omgaan met middelen?

Aan de hand van een ludiek spel, een quiz, stellingen … wordt een discussie over alcohol en drugs gestart met een groepje cliënten. Anders dan in een individueel gesprek, voelen de cliënten zich niet persoonlijk aangesproken (wat ze bedreigend vinden). Ze vinden het leuk om over deze onderwerpen te praten en na te denken en stellen veel vragen. In een individueel gesprek wordt achteraf gecheckt welke vragen men mogelijk niet durfde stellen.

Structurele maatregelen

Tot slot worden er structurele maatregelen genomen om de doelstellingen van het alcohol- en drugbeleid te ondersteunen. Structurele maatregelen zijn meestal niet alcohol- of drugspecifiek, maar dragen bij tot een betere werking van de dienst in het algemeen en zijn gericht op het creëren van een ondersteunende leefomgeving. De focus ligt hierbij op een positief leefklimaat, open communicatie … Ook ingrepen in de infrastructuur horen hierbij, bijvoorbeeld een gezellige vrijetijdsruimte, oog voor privacy …

Bij veel van onze cliënten is eenzaamheid een belangrijk aandachtspunt. We weten ook dat middelengebruik wel eens een manier is voor hen om met die eenzaamheid om te gaan of om erbij te horen. We besteden dan ook in alle begeleidingen systematisch aandacht aan tijdsbesteding en sociale contacten en hopen zo toch al een mogelijke aanleiding voor middelengebruik weg te nemen.

Een alcohol- en drugbeleid heeft tal van voordelen. Zo biedt het duidelijkheid en structuur. Nutteloze discussies en ondoordachte beslissingen kunnen vermeden worden, omdat duidelijk is wat kan en niet kan en wat ieders rol is. De kwaliteit van de ondersteuning wordt gestimuleerd door een visie te ontwikkelen op alcohol- en andere drugproblemen en er in de dagelijkse praktijk naar te handelen. Door op structurele wijze aandacht te besteden aan middelengebruik is het geen beladen onderwerp meer en vergroot de bespreekbaarheid. En last but not least, een alcohol- en drugbeleid is tevens een kader om proactief te werken aan de nodige kennis en vaardigheden van cliënten om verantwoordelijk met middelen om te gaan.

Er zijn eigenlijk weinig cliënten die middelen gebruiken binnen onze voorziening. Het wil ook niet zeggen dat we, omdat we een beleid uitwerkten, binnen de voorziening eenprobleem hebben. Integendeel, door aan een beleid te werken, gaan we proactief aan de slag.

4. EEN ALCOHOL- EN DRUGBELEID UITWERKEN IN EEN AANTAL STAPPEN[6]

Een beleid ontwikkel je niet op 1-2-3. Er bestaat hiervoor geen specifiek recept, het vergt tijd en aandacht. Veel hangt af van de cultuur van de voorziening en de schaalgrootte ervan.
Een beleid uitwerken is een investering op langere termijn. De tijdsinvestering verdien je terug doordat een beleid in latere situaties richtinggevend en dus tijdsbesparend is.
Meestal wordt er niet van vandaag op morgen beslist om een alcohol- en drugbeleid uit te werken, maar is dit een geleidelijk proces. Soms is de aanleiding een concreet incident of casus, maar soms wil een voorziening ook anticiperen op problemen en de kwaliteit van de ondersteuning verbeteren. Geen enkele voorziening moet daarbij van nul vertrekken. Vaak is er al heel wat gerealiseerd waarop kan worden verder gebouwd.
Concreet ontwikkel je een beleid in verschillende stappen. Aan deze stappen gaan voorbereidende initiatieven vooraf om het proces te optimaliseren.

Stap 0 – Voorbereidende initiatieven
Stap 1 – De huidige situatie in kaart brengen
Stap 2 – Werken aan een gemeenschappelijke visie
Stap 3 – Pijler regelgeving uitwerken
Stap 4 – Pijler begeleiding uitwerken
Stap 5 – Pijler informatie en vorming uitwerken
Stap 6 – Pijler structurele maatregelen uitwerken
Stap 7 – Invoeren van het alcohol- en drugbeleid
Stap 8 – Bijsturen van het alcohol- en drugbeleid

[6] Voor de uitwerking van een alcohol- en drugbeleid kan je een beroep doen op de deskundige begeleiding van een regionale preventiewerker tabak, alcohol en drugs, verbonden aan een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. Hun contactgegevens vind je op www.vad.be, klik door naar structurele partners.

4.1. **STAP 0** - VOORBEREIDENDE INITIATIEVEN

4.1.1. DRAAGVLAK CREËREN

Het is belangrijk dat zoveel mogelijk mensen in de voorziening op de hoogte zijn en positief staan tegenover het ontwikkelen van een beleid. Om hiermee van start te gaan moet er een zeker draagvlak zijn in de voorziening en moet dit gestimuleerd worden vanuit de directie. Zonder draagvlak is de kans groot dat het werk op de schouders van enkele enthousiastelingen terechtkomt, met het risico dat het project vastloopt als de inzet van deze mensen om één of andere reden wegvalt. Een draagvlak creëren en behouden, vraagt regelmatige en duidelijke communicatie over waar men mee bezig is.

4.1.2. EEN WERKGROEP INSTALLEREN

Een beleid wordt niet door een volledig team uitgewerkt, maar door een werkgroep die hiervoor het mandaat van de directie krijgt. De acht stappen worden door hen gezet. De werkgroep hanteert een duidelijke taakverdeling en planning. Idealiter heeft de werkgroep een multidisciplinaire samenstelling en zijn de verschillende afdelingen vertegenwoordigd. Denk ook na over de vertegenwoordiging van cliënten in de werkgroep.

De werkgroep informeert de rest van het personeel en houdt hen op de hoogte van de vorderingen van de werkgroep. Op die manier blijft het thema leven en vergroot het draagvlak dat niet alleen essentieel is voor de uitwerking van het beleid, maar ook later voor de invoering ervan.

” *We hebben moeten werken aan een draagvlak in onze voorziening. Het thema moest groeien. We hebben geprobeerd om dit te stimuleren door onze collega’s regelmatig te informeren over de thematiek, bijvoorbeeld door de folder over alcohol en drugs voor intermediairs uit te delen.*

Een kleine, enthousiaste werkgroep zorgt vaak voor efficiëntere resultaten. Een grote groep lijkt interessant, maar werkt trager en is soms besluiteloos.

Werk naar deadlines, maar zet geen eindtijd op het bestaan van de werkgroep. Ook na ontwikkeling en implementatie van het beleid kan de werkgroep een belangrijke rol blijven vervullen om het thema onder de aandacht te houden.

Werk zoveel mogelijk van onderuit (bottom-up) en toets bij de directie. Een beleid dat niet door de basis wordt gedragen zal niet worden toegepast.

Het beleid moet voldoende flexibiliteit bieden om met elke cliënt op maat te kunnen werken. Het moet ruimte bieden om ook in de moeilijkste situaties het contact met de cliënt te vrijwaren. Een beleid dat te rigide is, zal op termijn zichzelf ondergraven omdat het niet consequent wordt toegepast. Om 'in de geest' van het beleid te kunnen handelen, moet de achterliggende visie, de kijk van de voorziening op cliënten die middelen gebruiken, goed gekend en gedragen zijn door het hele team.

Een beleid is een kader dat voldoende houvast biedt maar ook ruimte voor continue dialoog en discussie creëert. Er zullen altijd situaties zijn die er niet door gedekt zijn en die best apart bekeken worden.

4.2. **STAP 1** – DE HUIDIGE SITUATIE IN KAART BRENGEN

Denk niet dat uw voorziening nog helemaal niets doet want dat is nooit het geval. Vaak is er al verrassend veel nagedacht over middelengebruik en is het een kwestie van alles op een rijtje te zetten en hiaten in te vullen. Door deze oefening leer je veel bij over de aanwezigheid van, en de omgang met, alcohol- en druggebruik in de voorziening. Het personeel heeft hier meestal een goed zicht op vanuit hun persoonlijke ervaringen.

> *In de eerste stap bekeken we of het personeel überhaupt wordt geconfronteerd met middelengebruik. In een gesprek vroegen we de ortho(ped)agoog en enkele begeleiders van begeleid wonen en ons tehuis of - en hoe - ze middelengebruik ervaren en hoe ermee omgegaan wordt op de afdeling. Het viel op dat de afspraken onderling grondig verschilden.*

De verzamelde informatie is in een latere fase ook bruikbaar als toetssteen om na te gaan of het nieuw ontwikkelde beleid tegemoet komt aan de geformuleerde knelpunten.

> *Wij stimuleren onze bewoners om zelfstandig inkopen op de markt te doen maar aangezien daar ook nogal wat cafés zijn, zijn wij preventief toch ook al eens met de bewoners het gesprek over alcohol aangegaan … Deze cliënten en hun begeleiding vroegen we ook om deel te nemen aan bepaalde onderdelen van het traject om een beleid uit te stippelen, gezien hun ervaring met het thema.*

Hoe ga je te werk?

Het is nuttig om op een systematische manier het volledige plaatje in kaart te brengen.

Bij wie verzamel je informatie? Bevraag sleutelfiguren van verschillende afdelingen. Zorg hierbij voor een representatieve vertegenwoordiging van verschillende afdelingen en functies.

Hoe verzamel je informatie? Via gesprekken, een vragenlijst …

Mogelijke vragen:

- Hoe en in welke mate kom je in contact met cliënten met alcohol- of andere drugproblemen?
- Hoe ga je ermee om? Wat zijn de positieve punten, wat zijn de knelpunten van de huidige aanpak?
- Welke afspraken (regels, procedures) zijn er? Welke ontbreken? Wordt een onderscheid gemaakt tussen minder- en meerderjarigen?
- Welke mogelijkheden zijn er op vlak van begeleiding, samenwerking met andere diensten en doorverwijzing naar de alcohol- en drughulpverlening? Welke ontbreken?
- Wat gebeurt er al op vlak van informatie en vorming? Wat ontbreekt er nog?
- Welke structurele maatregelen zijn er? Wat ontbreekt er nog?
- Is er behoefte aan informatie, vorming, ondersteuning … voor het personeel?

Concepten zoals begeleiding, informatie en vorming, structurele maatregelen definieer je best vooraf zodat duidelijk is wat ermee bedoeld wordt.

De antwoorden kunnen samengevat en achteraf gecommuniceerd worden met dit schema.

	Sterke punten in de huidige situatie	Knelpunten in de huidige situatie	Wat is nodig om de knelpunten weg te werken en de sterke punten nog te verbeteren?
Algemeen			
Regelgeving			
Begeleiding			
Informatie en vorming			
Structurele maatregelen			

4.3. **STAP 2** – WERKEN AAN EEN GEMEENSCHAPPELIJKE VISIE

Een gemeenschappelijke visie vormt het fundament van een alcohol- en drugbeleid. Met het uitwerken van een gemeenschappelijke visie geeft de voorziening een antwoord op de vraag 'Hoe staan wij tegenover alcohol en andere drugs?'.

Er kan een visie geformuleerd worden voor de hele voorziening die vervolgens geconcretiseerd wordt met afspraken en procedures per pijler. Bij de concretisering is het belangrijk om te differentiëren en te werken op maat van elke afdeling.

Voor het uitwerken van een visie vertrek je van de algemene missie van jouw voorziening.

Hoe ga je te werk?

De drie kernelementen van een visietekst zijn:

1. Wat is de algemene opdracht van de voorziening?
2. Wat verstaat de voorziening onder alcohol-, druggebruik en drugproblemen?
3. Wat wil de voorziening bereiken met het alcohol- en drugbeleid? Wat zijn de doelstellingen (en specifiek van de afzonderlijke pijlers)?

Door (een selectie van) onderstaande vragen in de werkgroep te bespreken kan je komen tot een beschrijving van de kernelementen van de visietekst.

Algemeen:
- Wat is de eigenheid van de voorziening?
- Hoe expliciet en eenduidig is die voor iedereen?
- Hoe komt die tot uiting in de dagelijkse werking?
- Wat is onze taak, wat willen we bereiken met de cliënten?
- Wat wordt verwacht van de begeleiders, van de cliënten?
- Wat mogen cliënten en hun mantelzorgers verwachten van ons?
- Wat is onze visie op mensen met een beperking?
- Wat is onze visie op probleemgedrag?
- Hoe reageren we op probleemgedrag?
- Hoe reageren we op gewenst gedrag?

Alcohol en andere drugs:

- Wat wordt met het begrip drugs bedoeld?
- Wordt een onderscheid gemaakt tussen legale en illegale middelen?
- Wat is onze visie op (problematisch) gebruik?
- Wordt een onderscheid gemaakt tussen meer- en minderjarigen?
- Kan erover gepraat worden? Zijn er ervaringen mee?
- Waarom willen we een drugbeleid, wat willen we ermee bereiken?
- Voor wie willen we een beleid? Voor cliënten, voor begeleiders?
- Hoe kadert dit in het algemene beleid?
- Welke rol nemen we op op vlak van reglementering, begeleiding en informatie en vorming?
- Waar begint en eindigt de verantwoordelijkheid van de voorziening? Wat is 'binnen' en 'buiten' de voorziening (reikwijdte)?
- Door wie moet het beleid gedragen worden?

Onderstaande uitspraken kunnen stof tot discussie bieden:

- We moeten onze cliënten niet teveel informeren over middelengebruik, de kans is te groot dat we slapende honden wakker maken.
- Ook onze cliënten moeten de kans krijgen om verantwoordelijk te leren omgaan met middelengebruik.
- Cliënten met een verslavingsproblematiek moeten geholpen worden door de geestelijke gezondheidszorg en niet door VAPH-diensten.
- Als begeleider is het onze taak om het gebruik van onze cliënt te doen stoppen.
- Het gebruik van cannabis kunnen we niet toelaten bij onze cliënten want het leidt na een tijd toch tot ernstige problemen.
- Preventief werken met onze cliënten betekent alternatieven voor gebruik aanreiken.

Leg de visietekst voor aan het hele team. Het is belangrijk dat iedereen betrokken wordt en zich kan vinden in het resultaat.

Soms is het niet mogelijk om als team onmiddellijk een duidelijke visie te formuleren. Niet iedereen is immers even vertrouwd met de alcohol- en drugthematiek. Het kan dan nodig zijn om eerst basisinformatie te verschaffen. Dit kan door literatuur[7], vorming[8]…

[7] Informatie over de alcohol- en drugthematiek vind je op www.druglijn.be en www.vad.be.

[8] Voor vorming en advies over de alcohol- en drugthematiek kan je een beroep doen op de regionale preventiewerkers tabak, alcohol en drugs, verbonden aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Hun contactgegevens vind je op www.vad.be, klik door naar structurele partners.

Elementen uit een visietekst kunnen bijvoorbeeld zijn:

Algemene opdracht

Bespreekbaar maken en houden van middelengebruik is het allerbelangrijkste. Dreigen met sancties zorgt voor een negatieve verschuiving in de vertrouwensrelatie en druist in tegen onze emancipatorische visie. Dit trachten we te allen tijde te vermijden. We willen cliënten zoveel mogelijk ondersteunen. Er wordt steeds bekeken wat binnen onze werking mogelijk is.

Wat verstaat de voorziening onder drugs, -gebruik en -problemen

Overmatig alcoholgebruik en druggebruik wordt binnen onze werking als onwenselijk beschouwd. Dit omwille van de kwetsbaarheid van onze doelgroep. Zij lopen een groter risico op middelenmisbruik, een groter risico op negatieve gevolgen en problemen in het algemeen.

We gaan uit van het mens, middel, milieu model en stellen het middel niet centraal, maar bekijken het in zijn specifieke context.

Wat wil de voorziening bereiken met het beleid

Middelengebruik is een realiteit in onze samenleving, ook onze cliënten worden ermee geconfronteerd. Daarom zetten we in op preventie, informatie en vorming en begeleiding.
Onze doelstellingen zijn: cliënten weerbaar maken, bevorderen van de deskundigheid van begeleiders rondom het omgaan met risicogedrag, gebruik bespreekbaar maken, overlast voorkomen en andere cliënten beschermen.

4.4. **STAP 3** – PIJLER REGELGEVING UITWERKEN

Regels en afspraken over alcohol en andere drugs zijn noodzakelijk voor een goede werking van de voorziening. Ze bieden een duidelijk en veilig kader aan zowel cliënten als personeel. Hieraan gekoppeld wordt een eenduidige en consequente manier van reageren bij regelovertreding geïnstalleerd (procedures).

De regels gaan over wat in de context van de voorziening (niet) aanvaardbaar is qua middelengebruik. Er wordt vastgelegd voor wie deze regels gelden en waar en wanneer ze van toepassing zijn. Een belangrijke vraag is bijvoorbeeld of de regels zowel voor personeel als voor cliënten gelden. Let wel, het uitwerken van regelgeving voor het personeel is een apart proces[9].

Cliënten hebben recht op transparante regels en procedures. Regels zijn best eenduidig, zonder al te veel nuances, zodat ze niet verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden. Deze grenzen geven de speelruimte aan. Bovengrenzen (maximale grens) staan voor groeimogelijkheden, ondergrenzen (minimumgrens) voor een onontbeerlijk veiligheidsgevoel. Ook voor de begeleiding zijn de grenzen van belang om hun verantwoordelijkheidsgevoel draaglijk te maken. (Laureys en De Rycke, 2007) Hou er rekening mee dat regels best gemaakt worden voor het hier en nu en zorg dat ze regelmatig herhaald worden, zodat ze ook voor de cliënten gemeengoed worden.

Vervolgens moet ook duidelijk zijn wat er gebeurt als de regels overtreden worden (procedures). Hierbij is het van groot belang om na te denken over hoe er begrensd kan worden zonder de relatie met de cliënt te schaden. Duidelijkheid over door wie en hoe er wordt gereageerd, zorgt voor een transparante en consequente aanpak. Cliënten én medewerkers weten waar ze aan toe zijn.
Begrenzen gaat niet altijd met sancties gepaard. Sancties kunnen, maar belasten mogelijk de vertrouwensrelatie. Cliënten in de VAPH-sector denken bovendien in het hier-en-nu. Reacties op regelovertreding zijn maar zinvol als ze er snel op volgen.

In deze discussie komen wellicht heel wat vragen boven:
- Zijn we niet overbeschermend of integendeel te laks voor onze cliënten?
- Zijn onze regels gebaseerd op ons waardepatroon en normbesef of op dat van onze cliënten?
- Kunnen we de regels die we stellen en de gevolgen die we aan overtredingen koppelen wel waar maken?
- Wordt de cliënt voldoende gehoord in heel het gebeuren?
- Zijn de sancties die we toepassen in verhouding met wat er effectief gebeurd is?
- Wij zijn geen politiemensen, het is hun taak om mensen te sanctioneren die de wet overtreden. Wat is onze rol?

[9] Meer informatie over het uitwerken van een alcohol- en drugbeleid voor het personeel vind je op www.qado.be.

Hoe ga je te werk?

1. **Bepaal de regels.**
- Topics die behandeld kunnen worden zijn: bezit van alcohol of andere drugs, gebruik, onder invloed zijn, doorgeven van middelen en dealen.
- Denk ook aan verschillende soorten middelen zoals tabak, alcohol, cannabis, andere illegale drugs en medicatie. Bij uitbreiding kunnen er ook afspraken worden gemaakt over gedragsverslavingen zoals gamen, gokken, koopverslaving …

2. **Bepaal waar en wanneer de regels zullen gelden**. Differentieer indien nodig de regels naar soort werking (mobiel of residentieel) en afdeling en naargelang de cliënten meerderjarig zijn of niet. Ook naargelang de plaats in de voorziening kunnen regels verschillen (bijvoorbeeld in de gemeenschappelijke leefruimte versus de persoonlijke leefruimte). Mogelijk gelden er andere regels in het weekend, tijdens gezamenlijke uitstappen …

Inventariseer welke regels er al zijn (formeel en informeel) en welke een meerwaarde hebben en behouden kunnen blijven. Stem de regels op elkaar af. Bekijk de congruentie met andere regels over bijvoorbeeld agressie…

De alcohol- en drugwetgeving vormt het kader waarbinnen de regels geformuleerd worden. Regels mogen met andere woorden niet méér toelaten dan wat de wetgever voorziet. Je kan er wel voor opteren om strengere regels te formuleren. Informatie over de wetgeving over alcohol, illegale drugs en medictie voor minder- en meerderjarigen vind je op www.vad.be

De basis voor het formuleren van de regels is de visie en de doelstellingen die in de vorige stap werden vastgelegd.

De bedoeling is niet om tot een ellenlange lijst regels te komen. Bundel zoveel mogelijk regels, zorg dat ze overzichtelijk blijven.

Het kan handig zijn om met een overzichtstabel te werken (zie voorbeeld). Indien nodig kan je deze apart invullen voor minder- en meerderjarigen, voor verschillende afdelingen …

Voorbeeld van een overzichtstabel:

	Bezit	Gebruik	Onder invloed zijn	Doorgeven	Dealen
Alcohol					
Tabak			nvt		
Medicatie					
Cannabis					
Andere illegale drugs					

3. **Leg vast wie wat doet als de regels overtreden worden (procedures)**. Doelstelling is de cliënt attent te maken op de regels en de naleving van de regels in de toekomst te bevorderen. Maak bij de procedures een onderscheid tussen vermoedens en duidelijk vastgestelde overtredingen. Minimaal wordt consequent de grens gemarkeerd (de regelovertreding benoemd). In sommige gevallen zijn er gevolgen verbonden aan de regelovertreding (sanctioneren). Laat ruimte om rekening te houden met verzachtende of verzwarende omstandigheden. Een joint roken in aanwezigheid van huisgenoten of minderjarigen kan bijvoorbeeld een verzwarende omstandigheid zijn. Onder druk van vrienden mee blowen kan een verzachtende omstandigheid zijn. Als procedures te strikt worden vastgelegd, is er geen ruimte om rekening te houden met de specifieke noden van cliënten. Bouw zo mogelijk een moment in om de aanpak in concrete situaties af te toetsen met collega's.

De hoger vermelde afsprakentabel kan ook gebruikt worden in deze stap bij het vastleggen van de procedures.
- Wie reageert: de persoon die de regelovertreding vaststelt, de persoonlijke begeleider, de groepsbegeleider …?
- Wat is de reactie: van minimaal markeren van de regelovertreding tot sanctioneren?
- Leg ook vast of incidenten gemeld moeten worden, aan wie en op welke manier dit moet gebeuren.

De regelovertreding zal vaak ook een bezorgdheid oproepen om het welzijn van de cliënt. Welke stappen je dan kan ondernemen wordt uitgewerkt in de pijler begeleiding (zie 4.5).
In het kader van de pijler regelgeving kan je verwijzen naar hoe regelovertredingen worden opgenomen in de begeleiding.

Bij strafbare feiten wordt uitgemaakt of en wanneer er melding gemaakt wordt aan juridische instanties. Het beroepsgeheim en de relatie met de cliënt zijn hierbij een grote bepalende factor. Informatie verstrekken aan derden mag alleen met toestemming van de cliënt of voogd. Bij wilsonbekwaamheid geeft de wettelijke voogd de plaatsvervangende toestemming.

Wellicht beschikt de voorziening over een procedure voor crisissituaties. Ga na in welke mate deze ook toepasbaar is voor middelengerelateerde crisissen en vul ze eventueel aan.

COMMUNICEREN VAN REGELS

Streef naar consensus over de regels, alleen zo zullen ze blijvend toegepast worden. Blijf ze ook regelmatig onder de aandacht houden, zowel voor personeel als cliënten.

Spreek af hoe en wanneer de regels gecommuniceerd worden naar cliënten. Zorg hierbij voor herhaling, op die manier worden cliënten blijvend herinnerd aan de afspraken.

4.5. **STAP 4** – PIJLER BEGELEIDING UITWERKEN

In deze pijler concretiseert de voorziening de begeleidende rol die zij opneemt ten aanzien van cliënten met alcohol- of andere drugproblemen. Uitgangspunt is hier niet een eventuele regelovertreding, maar bezorgdheid omwille van (mogelijke) negatieve gevolgen van gebruik op het welzijn van de cliënt.

De voorziening bepaalt tot waar haar rol reikt: welke problemen kunnen, binnen de context van de voorziening, zinvol begeleid worden en welke niet (meer)? Er wordt vastgelegd wat zal gebeuren op vlak van opmerken en inschatten van de problematiek, bespreekbaar maken, motiveren, begeleiden en/of doorverwijzen van cliënten. Misschien belangrijker nog dan welke rol wordt opgenomen, is de manier waarop dit gebeurt, de begeleidingshouding.

Wanneer je een cliënt risico's ziet nemen en zijn eigen welzijn (of dat van anderen) in gevaar ziet brengen, kan je geneigd zijn om de verantwoordelijkheid over te nemen en in zijn plaats beslissingen te nemen. Een uitweg is de cliënt zelf niet los te laten in probleemsituaties en vanuit een vertrouwensband en een samenwerkingsrelatie de cliënt te ondersteunen in zijn keuzeproces zonder het kiezen van hem over te nemen. Je neemt verantwoordelijkheid op voor de relatie en de ondersteuning, zodat handelingsmogelijkheden van de cliënt bevorderd worden. Wat je wel loslaat is de verantwoordelijkheid over zijn gebruik. Mensen nemen zelf beslissingen en kiezen zelf welke richting ze uitgaan.

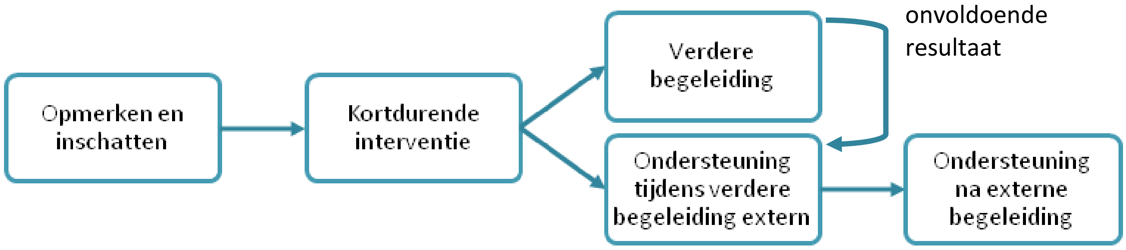
Het combineren van een begeleidende en begrenzende rol

Vaak combineer je als medewerker in een VAPH-voorziening een grenzenstellende en begeleidende rol. Hoewel beide rollen even relevant en waardevol zijn, verschillen zij wezenlijk van elkaar. Voor cliënten kan het verwarrend zijn als je een dubbele rol opneemt. Met enkele aandachtspunten kan dit vermeden worden.

Een eerste aandachtspunt is de samenwerkingsrelatie tussen begeleider en cliënt niet te schaden bij het stellen van grenzen. Grenzen stellen vanuit een respectvolle houding en een duidelijk onderscheid maken tussen het gedrag en de persoon van de cliënt, is daarbij belangrijk.

Ten tweede kan het helpen om binnen een begeleidende relatie de grenzen te bespreken als opgelegd door een derde partij (bijvoorbeeld een ortho(ped)agoog of directie). Bijvoorbeeld: "De directie heeft beslist dat je niet langer in deze voorziening kan verblijven als dit nog eens gebeurt. Wat betekent dit voor jou? Hoe kunnen we hiermee verder?" Op die manier hoef je de cliënt niet vanuit je eigen positie te confronteren met deze grenzen, maar kan je vanuit je begeleidende rol de cliënt ondersteunen om met deze grenzen om te gaan. Indien het niet mogelijk is om te werken via een derde partij is het belangrijk om duidelijk aan te geven vanuit welke rol je spreekt en te verwijzen naar de bestaande regels.

De verschillende stappen in een begeleidingsproces



Deze figuur geeft de mogelijke stappen weer in een begeleidingsproces bij alcohol- en andere drugproblemen. Hiermee kan je de rol van de voorziening definiëren in de verschillende stappen van een begeleidingsproces.[10]

Een eerste belangrijke stap is het opmerken en bespreekbaar maken van alcohol- of ander druggebruik en het inschatten van de ernst van de problematiek. Na het inschatten van de problematiek kan je als begeleider een kortdurende interventie uitvoeren en eventueel verdere begeleiding aanbieden. Verdere begeleiding kan ook door een externe instantie gebeuren. Hierbij blijf je een rol hebben door de cliënt tijdens en na de externe hulpverlening te ondersteunen. De stappen bouwen verder op elkaar, er wordt naar een volgende stap overgegaan als de voorgaande stap onvoldoende resultaat heeft.

Vanuit dit kader kan voor elke cliënt een aanpak op maat aangeboden worden, afhankelijk van de ernst van het middelengebruik en gerelateerde problemen, zijn motivatie en mogelijkheden, het reeds doorlopen hulpverleningstraject en jouw rol voor de cliënt.

4.5.1. OPMERKEN EN INSCHATTEN VAN ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIK

Inschatten of het gebruik van een cliënt problematisch is, is niet eenvoudig. Het is moeilijk om een objectief beeld te krijgen van wat, hoe vaak en hoe veel een cliënt gebruikt. Er bestaat een groot aantal screeningsinstrumenten om gebruik in kaart te brengen, maar deze instrumenten zijn meestal niet bruikbaar bij cliënten met een verstandelijke beperking omdat ze bepaalde cognitieve capaciteiten vereisen. Een alternatief is om in gesprek te gaan met de cliënt over zijn algemene functioneren, zijn gezondheid en ondertussen ook zijn alcohol- en druggebruik te bevragen.

[10] Meer informatie over de verschillende stappen in een begeleidingsproces vind je in de publicatie 'Wat met alcohol- en andere drugproblemen in het OCMW en CAW'. Deze publicatie kan je bestellen via www.vad.be

Screenen kan met de SumID-Q. Dit instrument, ontwikkeld op maat van de doelgroep, brengt in kaart welke psychoactieve stoffen de cliënt kent, wat hij/zij er van weet en vindt, wat er in zijn/haar omgeving wordt gebruikt, wat hij/zij eventueel gebruikt, wat de gevolgen van gebruik zijn en wat de motivatie tot veranderen is.

Cliënten zijn vaak zoekend naar manieren om met hun alcohol- en druggebruik om te gaan. Meestal krijgen ze echter weinig kansen om hierover met anderen te praten. Hiervoor expliciet ruimte creëren, geeft hen het signaal dat het geen taboe-onderwerp is en kan hen helpen bij zelfreflectie.

Op basis van deze ernstinschatting van het gebruik en gerelateerde problemen wordt, in overleg met de cliënt, gekozen voor een interventie die in meerdere of mindere mate ingrijpend is.

4.5.2. KORTDURENDE INTERVENTIE

Wanneer je alcohol- of ander druggebruik hebt opgemerkt en ingeschat, kan je hier in eerste instantie op ingaan met een kortdurende interventie. Het doel van de interventie is de cliënt te motiveren om zijn middelengebruik te veranderen door hem meer inzicht te geven in zijn gebruik en de risico's en problemen die ermee samenhangen en hem te stimuleren een keuze te maken voor gedragsverandering. Een kortdurende interventie kan bij riskant of beginnend problematisch middelengebruik voldoende zijn om gedragsverandering in beweging te zetten. Je kan er de cliënt ook mee motiveren voor verdere begeleiding binnen de voorziening of een doorverwijzing naar alcohol- en drugspecifieke hulpverlening.

Een kortdurende interventie bestaat uit feedback en advies geven volgens de principes van motiverende gespreksvoering. De feedback bestaat uit gepersonaliseerde informatie over de risico's verbonden aan het gebruik, op basis van het gebruikspatroon van de cliënt. De cliënt krijgt duidelijk advies hoe hij deze risico's kan verminderen of vermijden. Door de principes van motiverende gespreksvoering toe te passen, kan je ervoor zorgen dat de cliënt open staat voor de informatie, dat hij in de spiegel kijkt en dat de motivatie om zijn gedrag te veranderen versterkt.

Wat is motiverende gespreksvoering?

Volgens deze gespreksstijl fungeer je als een gids die de voorwaarden creëert om de persoon zelf een doordachte keuze te laten maken. Deze gidsende communicatiestijl situeert zich tussen sturen (de ander vertellen wat hij moet doen en hoe hij het moet doen) en volgen (de ander aandacht geven en proberen te begrijpen zonder zelf iets in te brengen). Als begeleider ga je een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie aan met de cliënt. Je vertrekt vanuit het perspectief van de cliënt en onderzoekt samen met hem wat - vanuit wat de cliënt belangrijk vindt - zijn motieven kunnen zijn om te veranderen. Zo versterk je enerzijds het belang van de verandering door de cliënt tot meer probleeminzicht te laten komen en anderzijds het vertrouwen van de cliënt in de eigen mogelijkheden om te veranderen door zijn sterktes en inspanningen te bevestigen.

Kennismaken met motiverende gespreksvoering kan via www.vad.be/hethuis/, een webbased leertraject over motiverende gespreksvoering.

4.5.3. VERDERE BEGELEIDING EN ONDERSTEUNING

Wanneer een kortdurende interventie ontoereikend is, is verdere begeleiding noodzakelijk. Afhankelijk van een aantal factoren kan je dit zelf opnemen – eventueel met ondersteuning van een alcohol- en drugspecifieke dienst – dan wel de cliënt doorverwijzen.

In de begeleiding rond het middelenprobleem kan je verder werken aan de motivatie van de cliënt om zijn middelengebruik te veranderen, aan de hand van motiverende gespreksvoering.

Aanknopingspunt voor een verdere begeleiding hoeft niet alleen het alcohol- en druggebruik zelf te zijn, maar kan ook de gezondheid in het algemeen zijn of problemen met bijvoorbeeld vrijetijdsbesteding of werk. Alcohol- of druggebruik kan erg overheersend zijn, maar je kan er voor kiezen om het even tussen haakjes te zetten en aan andere zaken te werken, bijvoorbeeld het vergroten van de weerbaarheid en de draagkracht van de cliënt, dagbesteding ... Vaak merk je dan dat het gebruik of de motivatie om te werken aan het gebruik, ook beïnvloed worden.

Als je aanvoelt dat de cliënt klaar is om te veranderen en aan zijn gebruik wil werken, ga je samen de verandering voorbereiden en zijn beslissing concretiseren. Dit betekent niet dat je zelf met een plan op de proppen komt of kant-en-klare oplossingen biedt. Je neemt samen met de cliënt beslissingen over de te nemen stappen en manier van aanpak. Dit kan betekenen dat je zelf verder begeleidt en samen met de cliënt een veranderplan (met zeer concrete en haalbare stappen naar verandering) opstelt. Of je kan samen met de cliënt tot het besluit komen dat doorverwijzing naar een externe dienst het meest aangewezen is.

Met consult- en ondersteuningsvragen kan je terecht bij de regionale preventiewerkers tabak, alcohol en drugs, verbonden aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Zij hebben ook een vormingsaanbod over motiverende gespreksvoering. Hun contactgegevens vind je op www.vad.be, klik door naar structurele partners.

4.5.4. DOORVERWIJZEN NAAR EN ONDERSTEUNING VAN EXTERNE HULPVERLENING

Doorverwijzing is noodzakelijk bij een ernstige middelenproblematiek of als er met de eigen begeleiding geen vooruitgang wordt geboekt. Een alcohol- of drugspecifieke dienst kan advies geven over wat er precies aan de hand is en welke interventies aangewezen zijn.

Een cliënt kan doorverwezen worden op het moment dat hij ervoor kiest zijn gebruik te veranderen, maar ook al wanneer hij begint na te denken over zijn gebruik en daar met iemand dieper op wil ingaan. Het is ook mogelijk dat de cliënt voor een beperkt aspect van de begeleiding wordt doorverwezen. Bijvoorbeeld voor medische ondersteuning bij de ontwenning.

Doorverwijzen is niet afwijzen. Licht aan je cliënt toe waarom je aan een doorverwijzing denkt. Leg uit dat deze dienst de deskundigheid in huis heeft om een antwoord te bieden op de vraag van de cliënt. Geef de cliënt voldoende informatie over wat hem te wachten staat. Neem hiervoor contact op met de dienst en bekijk ook samenwerkingsafspraken en of praktische ondersteuning nodig is, bijvoorbeeld samen op intake gaan. Overleg, binnen de principes van het gedeeld beroepsgeheim, is van groot belang voor het slagen van de doorverwijzing.

Wanneer de cliënt bij een andere dienst in begeleiding is, kan je een belangrijke rol blijven spelen door de cliënt te ondersteunen. Voor de cliënt werkt dit dikwijls drempelverlagend. Bovendien spelen jij en je voorziening ook een rol in de transfer van werkpunten in de hulpverlening naar de eigen voorziening. Dit is een niet te onderschatten onderdeel van het proces. Bovendien is het ook belangrijk om bij de externe hulpverlening af te toetsen of cliënten niet onder- of overschat worden.

Wil je graag weten waar je terecht kan in de alcohol- en drugsector met vragen over preventie of hulpverlening? Onze folder ‘Beperking en middelengebruik’ helpt je verder op weg. Je kan hem bestellen via www.vad.be Of neem een kijkje op www.ida-web.be voor adressen in jouw buurt.

Het is belangrijk om netwerken uit te bouwen. Zowel in eerstelijnsdiensten, denk aan huisartsen, psychiaters … als in de drughulpverlening.

Hoe ga je te werk?

Bespreking van onderstaande stellingen met de werkgroep of het team kan inspirerend zijn om de **eigen rol** in te vullen en af te bakenen.

- Het is onze opdracht altijd alert te zijn voor signalen van alcohol- of ander druggebruik.
- Bij de beoordeling van een situatie vertrekken we altijd vanuit onze eigen waarden en normen. Ons kader is tenslotte beter dan dat van de cliënt.
- Als cliënten geen vragende partij zijn om aan hun alcohol- of drugproblemen te werken dan laten we het daarbij.
- Het is niet onze taak om met cliënten die problemen hebben met alcohol of drugs te werken. Dit mag ook niet van ons verwacht worden.
- Niet alle cliënten zijn in staat om rationele beslissingen te nemen over alcohol of drugs. In dat geval beslissen wij voor hen.
- Het allerbelangrijkste is continuïteit, de cliënt blijven zien en betrokken blijven op de cliënt, ongeacht of en aan welke problemen er gewerkt wordt, ook cliënten met alcohol- of drugproblemen blijven welkom.

Ga ook na of de **randvoorwaarden** vervuld zijn om de gedefinieerde rol te kunnen waarmaken. Volgende vragen kunnen daarbij gesteld worden:

- Beschikken de begeleiders, ortho(ped)agogen, directie … over voldoende deskundigheid of is er nood aan bijkomende vorming, intervisie, consult …?
- Beschikken de medewerkers over voldoende instrumenten, zoals een screeningsinstrument, een doorverwijsgids …?
- Zijn de doorverwijsmogelijkheden voldoende bekend? Zijn er de nodige samenwerkingsafspraken?

4.6. **STAP 5** – PIJLER INFORMATIE EN VORMING UITWERKEN

In de pijler informatie en vorming bepaalt de voorziening wat ze zal doen op preventief vlak: hoe kunnen cliënten geïnformeerd worden over middelengebruik en bewust gemaakt worden van de risico's ervan?

Vaak blijkt dat cliënten met een verstandelijke beperking een tekort hebben aan kennis over middelen of uitgaan van verkeerde informatie. Door het aanbieden van informatie en vorming kunnen foute veronderstellingen bijgestuurd worden. Dit kan zowel tijdens individuele gesprekken als in groep.

Hoe ga je te werk?

Ga na aan welke kennis en vaardigheden jouw cliënten nood hebben en hoe hieraan beantwoord kan worden. Dit betekent in de eerste plaats dat je nagaat welke middelen deel uitmaken van de leefwereld van je cliënten. Dit hoeft niet te betekenen dat ze die zelf gebruiken, maar minimaal dat mensen in hun omgeving ze gebruiken. Er is veel kans dat dit enkel voor alcohol het geval is. Hou daarmee rekening als je een preventieve sessie in groep organiseert. Als een middel geen deel uitmaakt van de leefwereld van cliënten, kan erover spreken gebruik uitlokken en dus contraproductief werken. Zo kan cliënten informeren over cannabis terwijl ze er niet mee in contact komen net nieuwsgierigheid opwekken.

Als je gebruik wil maken van preventiemateriaal, ga dan na of dit voldoende op maat is van jouw cliënt(en). Meestal is het reguliere preventiemateriaal onvoldoende aangepast aan personen met een verstandelijke beperking omdat het bepaalde cognitieve capaciteiten veronderstelt. Als je een preventieve actie/activiteit uitwerkt, bekijk dan steeds hoe je deze kan aanpassen.

Enkele suggesties bij het uitwerken van de pijler informatie en vorming (Vandernagel et al. 2013).

- *Objectiviteit*. Middelengebruik heeft niet enkel negatieve gevolgen. Voor veel gebruikers zijn er heel wat voordelen aan het gebruik, dit kan zowel op lichamelijk (bijvoorbeeld pijnbestrijding), psychologisch als sociaal-maatschappelijk vlak. Licht niet enkel de gevaren van middelengebruik toe, maar erken ook dat gebruik voordelen heeft. Dit verhoogt de geloofwaardigheid van de informatie. Het kan ook een ingangspoort zijn om samen met de cliënt na te denken over alternatieven voor middelengebruik. Bijvoorbeeld als een cliënt op café drinkt om sociaal contact te hebben, kan samen gezocht worden naar een hobby.
- *Voorlichting op maat*. Goede informatie en voorlichting is afgestemd op de cliënt. Dit wil zeggen op zijn cognitieve niveau, zijn leefwereld, zijn gebruik ... Aanpassingen variëren naargelang de belevingswereld van de cliënt, gebruikmaken van meer doe-activiteiten en visueel materiaal, aanpassingen in de complexiteit en structuur van de inhoud, duur van een sessie … Zorg voor niet te veel nuances en geef een duidelijke boodschap.

- *Generalisatie*. Generalisatie naar het dagelijks leven is een cruciaal element. Dit wil zeggen dat de cliënt inziet dat wat hij leert ook bruikbaar is in het dagelijks leven. Transfereren van de kennis uit de vorming naar praktische situaties heeft bijzondere aandacht nodig. Door de vorming zo praktisch mogelijk te maken en relevante derden te betrekken zoals ouders, leraren, (werk)begeleiders … kan dit bevorderd worden.
- *Juiste informatie*. Soms lijkt het alsof cliënten beschikken over de juiste informatie, maar als er doorgevraagd wordt, blijkt dit helemaal niet het geval te zijn. Doorvragen door de begeleider en hierbij aansluiten met de juiste informatie is van belang.
- *Oefenen en herhaling*. Voorlichting moet vooral leuk en interessant zijn. Het is ook een proces, met veel herhaling om informatie beter te laten doordringen. Op verschillende manieren hetzelfde vertellen, zorgt er voor dat de cliënt de informatie beter kan onthouden. Ook het samen oefenen van vaardigheden (bijvoorbeeld nee leren zeggen) en het aanbieden van alternatieven stimuleert dit.

Met een groepje cliënten werd het 'Trip'-spel[11] gespeeld. Dit spel gaat over drank en drugs. Tijdens dit spel is een discussie over alcohol en drugs aangegaan met elkaar. Op deze manier werd het leuk en niet bedreigend om erover na te denken en te praten.

Aan de slag met jongeren met een verstandelijke beperking rond alcohol en cannabis? Gebruik de methodiek alcohol- en cannabis zonder boe of bah om individueel of in groep te werken. Dit lespakket kan je bestellen via www.vad.be.

Beschikken over correcte informatie biedt ook meerwaarde voor uw medewerkers. Hen informeren over middelengebruik, risico's en signalen van gebruik kan met de folder verstandelijke beperking en middelengebruik voor de gehandicaptenzorg. Deze folder kan je bestellen via www.vad.be

[11] TRIP is een bordspel van het Trimbos-insitituut. Meer informatie: www.trimbos.nl/nieuws/trimbos-nieuws/trip-bordspel-over-alcohol-en-drugs.

4.7. **STAP 6** – PIJLER STRUCTURELE MAATREGELEN UITWERKEN

Structurele maatregelen ondersteunen het alcohol- en drugbeleid. Ze zijn meestal niet alcohol- en drugspecifiek. Het gaat onder meer over een positief klimaat en een positieve sfeer. In een sfeer van openheid, veiligheid en vertrouwen zal ook middelengebruik gemakkelijker bespreekbaar worden. De werksfeer onderling en de mate waarin medewerkers kunnen rekenen op ondersteuning, gehoor vinden bij het signaleren van problemen, is eveneens een belangrijk aspect.
Op een aantal terreinen kunnen concrete maatregelen genomen worden. We maken een onderscheid tussen maatregelen op het vlak van inspraak en participatie van de cliënt en ingrepen in de infrastructuur.

Inspraak en participatie

Voldoende mogelijkheden tot inspraak en participatie van cliënten draagt er toe bij dat mensen, die heel vaak hun stem niet kunnen laten gelden in andere contexten, zich gerespecteerd en gewaardeerd voelen. Wanneer er geluisterd wordt en rekening wordt gehouden met de behoeften en verwachtingen van de cliënten is de kans ook groter dat deze openstaan voor de regels en verwachtingen van de voorziening.

Infrastructuur

Een aangename locatie met respect voor ieders privacy draagt bij tot een goed contact met de cliënten. Bepaalde ingrepen kunnen bijdragen tot een positiever klimaat.

Vragen die kunnen gesteld worden zijn:

- Is de leefruimte aangenaam ingericht?
- Voelen cliënten zich thuis?
- Kunnen cliënten de eigen kamer inrichten?
- Kunnen cliënten tv kijken in de eigen kamer?
- Komen er anderen zonder toestemming binnen?
- Zijn er voldoende mogelijkheden voor dagbesteding

4.8. **STAP 7** - HET INVOEREN VAN HET ALCOHOL- EN DRUGBELEID

Eens het alcohol- en drugbeleid is uitgewerkt en de diverse aspecten op papier staan is een belangrijke stap gezet. Maar met het uitwerken van het beleid is de kous niet af. Al te vaak blijven beleidsplannen in de kast liggen of worden ze slechts ten dele uitgevoerd. De aandacht die besteed wordt aan het creëren en het behouden van een draagvlak tijdens het uitwerken van een beleid, is één van de doorslaggevende factoren voor het daadwerkelijk in de praktijk brengen ervan.

Zorg tijdens het proces voor mogelijkheden tot vaststellen van knelpunten en goede praktijken (wat werkt/niet), lijst incidenten op met het oog op toekomstige bijsturing. Voorzie ook tijd en aandacht voor het geven van een stand van zaken en het implementeren van uitgewerkte onderdelen: na het uitwerken van de visie, na het uitwerken van de verschillende pijlers, enzovoort. Zorg, indien nodig, ook voor extra ondersteuning en vorming voor medewerkers.

Nadat het uitwerken van het beleid is afgerond, brengt de werkgroep alle teksten samen in één drugbeleidsplan. Vervolgens wordt het in zijn geheel gecommuniceerd naar alle betrokkenen. Er wordt nagegaan of er nog extra initiatieven nodig zijn om de implementatie van het beleid te ondersteunen, bijvoorbeeld vorming voor het personeel, een (individueel) sensibiliseringsmoment voor cliënten ...

”

Om onze afspraken over alcohol aan iedereen duidelijk te maken, hingen we affiches uit op plaatsen waar veel volk komt. Cliënten worden zo herhaaldelijk herinnerd aan de gemaakte afspraken.

Als voorziening ben je niet de enige die in contact komt met de cliënten. Soms gelden er bij externen, in het dagcentrum, de beschutte werkplaats … andere afspraken dan in de voorziening. Communiceer daarom ook naar hen wat

Een medewerker werd aangeduid als ‘aandachtspersoon’ voor het alcohol- en drugbeleid. Wie vragen heeft, kan bij hem terecht. Hij zorgt er ook voor dat nieuwe medewerkers op de hoogte worden gebracht van het alcohol- en drugbeleid. Elk jaar brengt hij het alcohol- en drugbeleid opnieuw onder de aandacht en gaat hij na of er zaken moeten bijgestuurd worden. Zonder deze aandachtspersoon zou ons beleid al vlug verzanden, vrees ik.”

jullie visie en concrete afspraken zijn. Zo wordt verwarring over de geldende afspraken vermeden.

Bij het invoeren van het alcohol- en drugbeleid kan het zinvol zijn om een proefperiode af te spreken. Tijdens deze periode wordt het beleid systematisch opgevolgd en worden vragen en bedenkingen verzameld. Hier kan een aanspreekpersoon voor aangeduid worden, of het beleid kan ook regelmatig geagendeerd worden op de teamvergadering.

Opvolging op langere termijn, evaluatie en bijsturing vragen ook aandacht. De werkgroep is goed geplaatst om de planning en uitvoering van activiteiten in het kader van het beleid op te volgen, om het draagvlak te bewaken, om feedback te verzamelen ter evaluatie en het beleid indien nodig bij te sturen.

Er zijn heel wat partners die (on)rechtstreeks beïnvloed worden door de visie van uw voorziening op alcohol en drugs. Communiceer ook naar hen de invulling van jullie beleid.

4.9. **STAP 8** - BIJSTUREN VAN HET ALCOHOL- EN DRUGBELEID

Door te evalueren kan je nagaan of de uitwerking en de invoering van het alcohol- en drugbeleid resultaten opleveren en tegemoet komen aan de vastgestelde knelpunten. Ook op langere termijn is het belangrijk de evaluatie in het oog te blijven houden. De voorziening en haar context blijven immers niet altijd dezelfde: het profiel van het cliënteel verandert, de samenstelling van het team wijzigt, de samenwerkingsmogelijkheden veranderen … Ga regelmatig na of het beleid nog aan de nieuwe situatie beantwoordt. Evaluatie geeft bovendien de betrokkenheid en de motivatie – die na verloop van tijd onvermijdelijk afneemt – nieuwe impulsen.

4.9.1. WAT BIJSTUREN?

Grosso modo kunnen we een onderscheid maken tussen proces- en effectevaluatie. Bij een procesevaluatie wordt het proces van het ontwikkelen van het beleid, van de eerste initiatieven tot het uiteindelijke resultaat, geëvalueerd en kunnen alle belanghebbenden hun waardering uitspreken over het eindresultaat. Met een effectevaluatie wordt een antwoord gezocht op de vraag of de doelstellingen van het beleid bereikt worden en of er daarnaast eventueel onverwachte effecten zijn.

4.9.2. WANNEER BIJSTUREN?

Je kan ervoor kiezen om kort na het afronden en implementeren van het beleid bij te sturen. Men kan er dan al met wat meer afstand naar kijken dan wanneer men er midden in zit, maar het hele proces zit toch nog fris in het geheugen. Deze procesevaluatie wordt best al van bij de start voorzien (wat wil men precies onderzoeken?), zodat tijdens het proces al de nodige informatie kan verzameld worden.

Om de resultaten te evalueren (effectevaluatie) wacht je beter wat langer (bijvoorbeeld een jaar). Veranderingen doorvoeren vraagt nu eenmaal tijd.

De bijsturing kan jaarlijks geagendeerd worden op het team, op die manier wordt de continuïteit gewaarborgd.

4.9.3. HOE BIJSTUREN?

Er bestaan verschillende methoden om informatie te verzamelen: vragenlijsten, interviews, observatie, groepsdiscussie of focusgroepen. Bij het selecteren van een methode is het belangrijk volgende punten voor ogen te houden:

- Wat wil je weten?
- Wie kan deze informatie bezorgen? Afhankelijk van wat je wil onderzoeken, zal je andere personen betrekken.
- Voor een effectevaluatie is informatie van alle betrokkenen aangewezen.
- Voor een procesevaluatie is de werkgroep de meest aangewezen bron van informatie. Voor de waardering van het eindresultaat kunnen alle belanghebbenden geconsulteerd worden.
- Hoe haalbaar is de methode: kostprijs, tijdsinvestering … Feedback verloopt vaak informeel en mondeling (bijvoorbeeld na een vorming of een vergadering, in de wandelgangen). Het is belangrijk om ook deze feedback schriftelijk vast te leggen.
- Elke methode heeft voor- en nadelen. En geen enkele methode kan alle informatie geven. Daarom kan een combinatie van verschillende methoden wenselijk zijn.
- Van een evaluatie wordt schriftelijk verslag uitgebracht, zowel aan de werkgroep als aan alle betrokkenen.

Hoe ga je te werk?

Afhankelijk van het moment van en wat je precies wil weten, kies je voor een proces- of effectevaluatie. Voor een procesevaluatie geven we hieronder een checklist mee, voor een effectevaluatie geven we de belangrijkste aanknopingspunten weer.

Checklist voor procesevaluatie

	VERLOOP VAN DE ONTWIKKELING VAN HET BELEID	
INSCHATTING	STELLING	TOELICHTING
	Alle stappen zijn doorlopen.	
	De werkgroep had een duidelijk mandaat voor het ontwikkelen van het beleid.	
	Er was een duidelijke opdracht voor het ontwikkelen van het beleid.	
	Er was een duidelijke taakverdeling.	
	De planning was realistisch.	
	De werkgroep heeft voldoende gecommuniceerd naar het team/directie.	
	De werkgroep heeft er voldoende voor gezorgd dat het team en de directie het uitwerken van het beleid bleven steunen.	
	Er was voldoende deskundigheid om het beleid uit te werken. Indien dat niet het geval was, is men er naar op zoek gegaan.	
	Het beleid werd getoetst aan de knelpunten die werden verzameld bij stap 1: De huidige situatie in kaart brengen.	
	Het team kreeg voldoende de mogelijkheid om feedback te geven op het drugbeleid voor het werd ingevoerd.	
Algemeen: wat is moeilijk gelopen, wat is vlot verlopen? Welke aandachtspunten haal je hieruit voor de toekomst?		

	INHOUD VAN HET BELEID	
INSCHATTING	STELLING	TOELICHTING
	De huidige situatie werd in kaart gebracht voor men van start ging.	
	Er werden knelpunten geformuleerd voor men van start ging.	
	Er is een gemeenschappelijke visie op de alcohol- en drugproblematiek uitgewerkt.	
	De doelstellingen van het drugbeleid en van de verschillende pijlers zijn duidelijk.	
	Er zijn duidelijke regels en procedures voor regelovertreding.	
	Er is een duidelijk begeleidingsmodel.	
	Er is een actieplan informatie en vorming.	
	Er wordt voldoende aandacht besteed aan ondersteunende structurele maatregelen.	
	Het volledige beleid staat op papier.	
	Het beleid biedt voldoende flexibiliteit om met elke cliënt op maat van zijn specifieke noden te werken.	
	Er zijn regelmatige opvolgings- of evaluatiemomenten voorzien.	

	INVOERING VAN HET BELEID	
INSCHATTING	STELLING	TOELICHTING
	Alle betrokkenen zijn op de hoogte van het beleid.	
	De nodige documenten zijn aangepast. (bijvoorbeeld een huishoudelijk reglement)	
	De randvoorwaarden voor de uitvoering zijn gerealiseerd.	
	Er werd bijkomende vorming voorzien, indien dit nodig bleek.	
	Het nodige materiaal is beschikbaar.	
	Er werden de nodige contacten gelegd en afspraken gemaakt met andere diensten.	
	Het beleid is voldoende ingebed in de algemene werking.	
	Het is duidelijk wie de opvolging van het beleid op zich zal nemen.	
	Er zijn regelmatige evaluatiemomenten voorzien.	

Effectevaluatie

Voor de effectevaluatie, met name het antwoord op de vraag 'worden de doelstellingen van het drugbeleid bereikt'?, kunnen we geen checklist opstellen. Deze evaluatie zal er voor elk drugbeleid anders uitzien.

Richtinggevend voor een effectevaluatie zijn de doelstellingen die geformuleerd werden. Er moet voldoende antwoord geboden worden op de knelpunten om te kunnen spreken van een succesvol beleid. Bijvoorbeeld: er wordt op een meer eenduidige manier gereageerd op regelovertreding, het thema alcohol en drugs wordt makkelijker aangekaart in begeleidingen, medewerkers hebben de kans om vorming te volgen over de alcohol- en drugthematiek …

Het is een quasi onmogelijke opdracht om alle aspecten van een beleid te evalueren. Probeer daarom tot een evenwichtige en gefaseerde selectie te komen, waarbij zowel aspecten van visie als van de vier pijlers aan bod komen.

LITERATUURLIJST

Claes, L., Declerq, K. et al. (2012). Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking. Antwerpen - Apeldoorn, Garant.

Claes, L. en Verduyn, A. (2012). SEO-R-Schaal voor Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking - Revised. Antwerpen - Apeldoorn, Garant.

De Bruijn, J., Buntinx, W. et al. (2014). Verstandelijke beperking: definitie en context. Amsterdam, SWP.

Dijkstra, M. en Bransen, E. (2010). Middelengebruik bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek. Utrecht, Trimbos-instituut.

Krooshof, T. K., M. en Van der Naegel, J.E.L. (2009). Middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Een inventarisatie in Nederland. Twente, Universiteit Twente.

Laureys, E. en De Rycke, N. (2007). Het gesprek de nodige luister bijzetten! Praten met én luisteren naar mensen met verstandelijke beperkingen. uitgever .

Maes, B., Baert, H. et al. (1997). Oog voor kwaliteit. Een orthopedagogisch referentiekader voor de kwaliteitsbewaking van de zorg- en dienstverlening binnen (semi-)residentiële voorzieningen voor personen met een handicap. Leuven, K.U. Leuven.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: Toward an integrative model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390-395.

To, W. T., Neirynck, S. et al. (2014). “Substance use and misuse in persons with intellectual disabilities (ID): results of a survey in ID and addiction services in Flanders.” Res Dev Disabil 35(1): 1-9.

Vandernagel, J., Kiewik, M. et al. (2013). Iedereen gebruikt toch? Amsterdam, Uitgeverij Boom.